

ESCOLA SUPERIOR DE EDUCAÇÃO
MESTRADO EM PSICOGERONTOLOGIA COMUNITÁRIA

Projeto de Investigação

***Promoção da Qualidade de Vida dos Idosos que
realizam Oxigenoterapia Domiciliar Prolongada
(ODP)***

Elaborado por:

Ana Heleno Guerreiro

Beja

2016

Docente:

Prof. Dr^a Ana Clara Pica Nunes

*Ao meu marido Walter e ao meu filho Afonso,
Pelos momentos em que não estive presente para poder realizar este estudo,
Pelo apoio, amor e tolerância que sempre me transmitiram de forma única...*

Agradecimentos

A concretização deste trabalho só foi possível graças ao contributo de algumas pessoas que, direta ou indiretamente, minimizaram os momentos de maior ansiedade e ajudaram a ultrapassar alguns obstáculos.

À Prof.^a Ana Clara Pica Nunes e ao Prof. Cesário
pela sua permanente disponibilidade, orientação, partilha de saberes e por o ânimo nos momentos de maior dificuldade...

Aos meus pais Olívia e Cândido, *pelo apoio incondicional...*

Às minhas Irmãs, *pela compreensão e ajuda...*

À minha Amiga e Madrinha Eduarda *pela paciência e por estar sempre disposta a ajudar...*

A todos os doentes *que partilharam connosco o que de mais íntimo sentem e aceitaram participar no estudo...*

Ao Walter e Afonso *simplesmente por existirem e serem o meu maior orgulho...*

Um sentimento de gratidão e profundo agradecimento.

Índice

Resumo	7
Abstract	9
INTRODUÇÃO	11
I – ENQUADRAMENTO TEÓRICO	15
1. Problemática associada à Doença Incapacitante Crónica	16
2. Doença Pulmonar Obstrutiva Crónica	18
2.1. Características da DPOC	18
2.2. Fatores de Risco da DPOC	19
2.3. Diagnóstico da DPOC	19
2.4. Tratamento e Medidas de controlo da DPOC	20
3. Oxigenoterapia de Longa Duração no Domicílio	21
4. Definição do conceito de Qualidade de Vida	23
5. Problema, Objetivos e Hipóteses do Estudo	24
5.1. Justificação do Problema	24
5.2. Objetivos e Hipóteses	25
5.3. Variáveis do Estudo	26
II – INVESTIGAÇÃO EMPÍRICA	27
6. Metodologia	28
6.1. Participantes	28
6.2. Procedimentos	28
6.3. Desenho	29

6.4. Aspectos Deontológicos	29
6.5. Procedimentos Estatístico	29
7. Apresentação dos Resultados	30
7.1. Investigação Prévia	30
7.1.1. Índice de Barthel	30
7.1.2. Qualidade de Vida SF-36	31
7.2. Resultados do Estudo	32
7.2.1. Perfil Sociodemográfico dos Idosos	32
7.2.2. Índice de Barthel.....	35
7.2.3. SF-36	40
8. Discussão	50
Projeto de Intervenção	57
Conclusão	60
Referências Bibliográficas	62
II – ANEXOS	68
ANEXO I – Caracterização Sociodemográfica	69
ANEXO II – Escala de Barthel	71
ANEXO III – Questionário da Qualidade de Vida SF-36	80
ANEXO IV – Consentimento Informado	83

Resumo

Temos assistido, sobretudo nas últimas décadas, a um aumento da longevidade e da sobrevivência da população idosa e, de forma particular, de idosos que padecem de doenças incapacitantes crônicas (DIC).

Tal facto deve-se à evolução da ciência e da tecnologia, bem como à evolução e melhoria das condições socioeconómicas.

A Doença Pulmonar Obstrutiva Crónica (DPOC) é uma patologia que se caracteriza por uma limitação crónica da ventilação, originando incapacidade e consequentemente contribui para uma redução da qualidade de vida do doente. De forma a minimizar seus sintomas, realizam-se diversos tratamentos farmacológicos bem como reabilitação respiratória que contribuirão para a minimização da exacerbação da doença.

A Qualidade de Vida, enquanto conceito tem adquirido grande importância em diversos contextos, nomeadamente nas ciências, podendo ser afetada aos níveis físico, mental e social nos doentes que padecem de doenças crónicas e agudas.

Este estudo teve como principal objetivo mensurar o nível de qualidade de vida de idosos do distrito de Beja com DPOC e que realizam tratamento de Oxigenoterapia Domiciliar. A investigação empírica assentou num estudo descritivo, baseado numa abordagem de natureza quantitativa, tendo por base a aplicação do questionário específico de Barthel e de SF-36 a cada participante.

Foram incluídos neste estudo 150 idosos residentes no distrito de Beja, com diagnóstico de DPOC e a realizar OLD (Oxigenoterapia de Longa Duração). Os resultados foram tratados no programa estatístico SPSS (versão 23).

Dos 150 doentes que participaram neste estudo, 67,33% eram do sexo masculino e apenas 32,77% do sexo feminino. A média de idade foi de 80,13 anos.

Verificou-se que a maioria dos Idosos são viúvos (68%), e que estão inseridos em Instituições (46.7%). Relativamente ao número de Internamentos no último ano, confirmou-se que mais de metade da nossa amostra (52%) teve entre 1 a 5 internamentos. Quanto aos Hábitos Tabágicos, apurou-se que este fator não influencia o estado clínico,

visto que 46% dos nossos inquiridos são Ex-Fumadores, seguindo-se os Idosos que nunca Fumaram (42,7%) e em último os Fumadores com 11,3%.

Os resultados obtidos com o questionário de Barthel revelaram que 99 (66%) desses Idosos apresentam uma dependência total, 28 (18.7%) um grau de dependência grave e apenas 23 (15.3%) dos Idosos são Independentes.

No que respeita à Qualidade de Vida Global, apurou-se que a nossa amostra apresenta uma reduzida qualidade de vida com uma média de 32,12.

Considerou-se essencial valorizar esta problemática sobre a qualidade de vida dos Idosos com doença incapacitante crónica. Assim, o último objetivo deste estudo é enumerar estratégias para a prestação dos cuidados de saúde, envolvendo os doentes e seus cuidadores formais e/ou informais na prestação e articulação de cuidados de saúde à pessoa com doença incapacitante crónica, repercutindo numa melhoria da Qualidade de Vida de todos os Idosos.

Palavras-chave:

Doença Incapacitante Crónica (DIC); Doença Pulmonar Obstrutiva Crónica (DPOC), Oxigenoterapia de Longa Duração (OLD); Qualidade de Vida; Escala de Avaliação de Barthel; Escala de Qualidade de Vida SF-36.

Abstract

Over the last few decades, we have witnessed an increase in the longevity and survival of the elderly population and, in particular, the elderly with chronic incapacitating diseases.

This is due to the evolution of science and technology, as well as the evolution and improvement of socioeconomic conditions.

Chronic Obstructive Pulmonary Disease (COPD) is a pathology characterized by a chronic limitation of ventilation, causing disability and consequently contributes to a reduction in the quality of life of the patient. In order to minimize its symptoms, several pharmacological treatments are carried out as well as respiratory rehabilitation that will contribute to the minimization of the disease exacerbation.

Quality of life, as a concept, has acquired great importance in several contexts, namely in the sciences, and can be affected at the physical, mental and social levels in patients suffering from chronic and acute diseases.

The main objective of this study was to measure the level of quality of life of elderly people in the Beja district with COPD who undergo Home Oxygen therapy. The empirical investigation was based on a descriptive study, based on a quantitative approach, based on the application of the Barthel and SF-36 questionnaire to each participant.

Included in this study were 150 elderly people living in the Beja district, diagnosed with COPD and performing OLD (Long-Term Oxygen Therapy). The results were treated in the statistical program SPSS (version 23).

Of the 150 patients participating in this study, 67.33% were male and only 32.77% female. The mean age was 80.13 years.

It was verified that the majority of the Elderly are widowers (68%), and that they are inserted in Institutions (46.7%). Regarding the number of hospitalizations in the last year, it was confirmed that more than half of our sample (52%) had between 1 and 5 hospitalizations. As for smoking habits, it was found that this factor does not influence clinical status, since 46% of our respondents are former smokers, followed by the elderly who never smoked (42.7%) and lastly the smokers with 11 , 3%.

The results obtained with the Barthel questionnaire revealed that 99 (66%) of these elderly people had a total dependence, 28 (18.7%) had a degree of severe dependency and only 23 (15.3%) of the elderly were independent.

Regarding the Global Quality of Life, it was found that our sample presents a reduced quality of life with an average of 32.12.

It was considered essential to value this problem on the quality of life of the elderly with chronic incapacitating disease. Thus, the last objective of this study is to enumerate strategies for the provision of health care, involving patients and their formal and / or informal caregivers in the provision and articulation of health care to the person with chronic incapacitating illness, resulting in an improvement in Quality of life. Life of all the Elderly.

Key words:

Chronic Disabling Disease (DIC); Chronic Obstructive Pulmonary Disease (COPD), Long-Term Oxygen Therapy (OLD); Quality of life; Barthel Rating Scale; Quality of Life Scale SF-36.

Introdução

Com o desenvolvimento da ciência e da técnica, a sobrevida de pessoas com doenças crónicas e o envelhecimento populacional, adotaram o fenómeno mais relevante do século XXI, com profundas implicações na esfera social, económica e política. De facto, *«a vida humana prolongou-se no decurso das últimas décadas, em consequência não só dos progressos da Medicina, mas também das transformações económicas-sociais e tecnológicas que vieram propiciar uma melhoria geral no bem-estar das pessoas»* (Barreto in Brito, 2002, p.15). Estes factos têm contribuído para uma elevada taxa de pessoas dependentes com um elevado número de Internamentos, que de um momento para o outro se deparam com um reduzido nível da saúde e consequentemente uma reduzida Qualidade de Vida.

De acordo com os resultados dos Censos de 2011 do Instituto Nacional de Estatística (2002), a população com deficiência e grau de incapacidade corresponde a 6,1% da população residente em Portugal, nomeadamente 634 408, dos quais 333 911 eram homens (6,7%) e 300 497 eram mulheres (5,6%). As deficiências/incapacidades foram agrupadas em seis grupos, designadamente em auditiva (0,8%), visual (1,6%), motora (1,5%), mental (0,7%), paralisia cerebral (0,1%) e outras (1,4%).

A região do Alentejo apresenta uma taxa de incapacidade muito próxima do valor encontrado para o país (6,1%), associado ao maior índice de envelhecimento em todos os tipos de deficiência/incapacidade.

A nível nacional, a proporção de pessoas com 65 ou mais anos de idade duplicou nos últimos quarenta anos, passando de 8% em 1960, para 16% em 2001, e de acordo com os diversos estudos elaborados pelo Instituto Nacional de Estatística (2004), prevê-se que esta proporção volte a duplicar nos próximos 50 anos, denotando-se para o ano de 2050, 32% do total desta população. Estas previsões demográficas alertam todos nós, enquanto cidadãos, para estarmos preparados para estes agravamentos.

Considerando estas previsões, Portugal tem adotado várias medidas preventivas no que diz respeito à garantia de acessibilidade e qualidade dos cuidados de saúde, especialmente na prevenção e promoção da saúde e na autonomia, independência, qualidade de vida e recuperação global das pessoas idosas. Exige-se assim, que toda a comunidade apresente um papel ativo, de forma a partilhar de responsabilidade e solidariedades, potenciadora dos

recursos existentes. Estas linhas orientadoras estão descritas numa circular normativa da Direção Geral de Saúde (Direção Geral de Saúde, 2004) de Julho de 2004, onde apresenta o *Programa Nacional para a Saúde das Pessoas Idosas*, que exige uma ação multidisciplinar dos serviços de saúde, em estreita articulação com a *Rede de Cuidados Continuados de Saúde* criada pela Lei nº. 281/2003 de 8 de Novembro, que assenta em três pilares fundamentais:

- Promoção de um envelhecimento ativo, ao longo da vida;
- Maior adequação dos cuidados de saúde às necessidades específicas das pessoas idosas;
- Promoção e desenvolvimento intersectorial de ambientes capacitadores da autonomia e independência das pessoas idosas.

Embora se verifique uma preocupação política sobre esta temática, surgem alguns fatores associados ao envelhecimento, como o aparecimento marcante de doenças crónicas, que facilitam uma elevada taxa de pessoas dependentes.

Investigar acerca desta temática parece-nos útil, não só para avaliar a realidade existente, mas também para registar dados de observação, que possam constituir indicadores para desenvolver futuros programas de intervenção, de forma a contribuir para um aumento da satisfação pessoal, que incontestavelmente se vai repercutir numa melhoria da QV de todos os Idosos.

Para abordar esta temática, iremos desenvolver a nossa pesquisa sobre a DPOC, enquanto doença incapacitante crónica, limitando-as àqueles que são “dependentes” de Tratamento de Oxigenoterapia de Longa Duração. Assim, quando nos referimos à DIC está implícito que esta se limita à doença crónica, incapacitante e dependente.

Sendo a doença pulmonar obstrutiva crónica um problema de progressiva importância na saúde pública, pois segundo a OMS (2005) é a 5ª causa de mortalidade a nível mundial e passará em 2020 a ser a 3ª causa de mortalidade dos países desenvolvidos, emerge a definição de estratégias no sentido de minimizar o problema.

A DPOC pode ser caracterizada como um estado patológico, que se manifesta com limitação do fluxo de ar, que não é completamente reversível. Essa limitação é progressiva e está associada a uma resposta inflamatória pulmonar anormal. Os fatores de risco associados podem ser tanto a nível ambiental como comportamental, mas estão normalmente relacionados à interação entre esses dois fatores. A doença tem caráter irreversível e incurável e interfere de forma ampla e complexa em todas as fases da vida (Rabe et al., 2007). Fatores como a dispneia, intolerância à atividade física, tosse, o

tratamento paliativo, as dificuldades para a realização das ADV's, a dependência familiar, a ansiedade e depressão e, em última análise, a consequente perspectiva da proximidade da morte podem comprometer, em diferentes graus, a qualidade de vida dos doentes (Blinderman et al., 2009).

A Oxigenoterapia domiciliar prolongada (ODP) existe há aproximadamente 50 anos, a partir das observações do Dr. J.E. Cotes, na Inglaterra, em pacientes com doença pulmonar obstrutiva crônica (DPOC) (Cotes et al. 1956).

Na década de 70, estudos confirmaram que a ODP contribuía para a melhoria na qualidade de vida e prolongava a expectativa de vida de doentes portadores de DPOC (Sociedade Brasileira De Pneumologia e Tisiologia, 2008).

A nível mundial, o uso da ODP tem aumentando anualmente (Dunne, 2000), contribuindo para o tratamento de hipoxemia crônica secundária, e é considerada uma terapêutica comprovada cientificamente (Balfour Lynn, 2011). Foram observados benefícios resultantes do uso de ODP como a diminuição da morbidade e melhoria da qualidade de vida dos doentes, o que significa aumento da tolerância ao exercício, diminuição do número de internamentos e melhoria do estado neuropsíquico (Sociedade Brasileira De Pneumologia e Tisiologia, 2008).

Na área da saúde, o conceito de Qualidade de Vida Relacionada à Saúde (SF-36) tem sido utilizado para avaliar a percepção subjetiva dos aspetos da vida. Estes são diretamente influenciados pelas modificações no estado de saúde, afetados pela doença ou pelo próprio tratamento.

No que concerne à estrutura formal da tese, decidimo-nos pela organização da informação em quatro partes: 1ª Parte - Enquadramento Teórico; 2ª Parte - Percurso Metodológico; 3ª Parte - Apresentação dos Resultados; 4ª Parte – Proposta de Projeto.

A primeira parte contempla cinco capítulos onde se analisam grandes temas do enquadramento teórico e contextualização como a Doença Incapacitante Crónica (DIC); a Doença Pulmonar Obstrutiva Crónica (DPOC); Oxigenoterapia de Longa Duração (OLD); Qualidade de Vida.

Na segunda parte abordaremos as opções teórico-conceituais que norteiam a recolha de dados e clarificaremos os procedimentos metodológicos.

A terceira parte é dedicada à descrição e interpretação dos dados empíricos, organizados de acordo com as grandes categorias de análise: o perfil sociográfico dos Idosos; o grau de

Funcionalidade/ Dependência; e a Qualidade de Vida dos Idosos. Posteriormente analisaremos os resultados obtidos à luz das teorias já construídas neste domínio.

Na quarta parte são demonstradas algumas propostas que poderão ser utilizadas para um futuro Projeto, de forma a melhorar a qualidade de vida desta população.

Por fim, apresentamos as conclusões globais do estudo.

I – Enquadramento Teórico

1. Problemática associada à doença incapacitante crónica

O desenvolvimento da ciência e da técnica contribuíram para um aumento significativo na esperança média de vida, proporcionando desta forma ao aparecimento de inúmeras doenças crónicas que por sua vez, promoveram o progresso de limitações funcionais físicas, mentais e/ou sensoriais, conduzindo consequentemente ao aumento da dependência (Augusto & Carvalho, 2005).

A Doença Incapacitante Crónica (DIC) está associada a uma doença crónica, incurável e de evolução progressiva, onde a recuperação já não é possível. Consequentemente, quando a pessoa tem conhecimento da sua situação clínica, confronta-se frequentemente com a ideia de morte eminente, organizando todas as suas ações em função da doença, alternando os seus estilos de vida, deixando de fazer projetos para o futuro. Por esta razão a pessoa doente necessita de cuidados não só de ordem física, como também de ordem psicológica, social e espiritual. Nestas situações, para além de todo o sofrimento, a dor também pode estar presente e o seu alívio é extremamente importante (Montgomery, 2000).

Quando a pessoa se consciencializa da sua situação clínica, depara-se frequentemente com a ideia de morte eminente, originando sentimentos e emoções muito fortes, onde se envolvem sentimentos de medo, perda, raiva e ansiedade. Nestas situações, para além de todo o sofrimento, a dor também se encontra presente e o seu alívio é extremamente importante. O aumento da fragilidade física, só por si provoca uma maior vulnerabilidade emocional e a pessoa pode mesmo sentir dificuldade em expressar as suas emoções e preocupações, pelo que o apoio psicológico deve ser uma constante, para que a pessoa com doença crónica se sinta acompanhada e minimamente compreensiva (Montgomery, 2000).

Saber viver com estas doenças depende de vários fatores, de *«entre os quais se evidenciam a personalidade, a história de vida e os apoios familiares e socio-económicos»* (Gomes, 1993, p.34). Devemos considerar a pessoa com DIC de forma holística, considerando as componentes da vida social, psicológica (mental e emocional), espiritual e cultural/étnica, bem como a componente física. Para além de todo o sofrimento físico, psicológico e incómodo social que a DIC confere, ainda há que mencionar o sofrimento de incapacidade, de isolamento e de inutilidade a que estas pessoas estão sujeitas.

Quando a DIC surge, emergem várias mudanças que dependem do ciclo de vida em que a

pessoa se encontra e da forma como a doença evolui, necessitando de uma série de apropriações individuais, mas também de âmbito profissional e social.

Ao falar da pessoa doente não podemos ignorar o conceito de Ser Pessoa, que segundo Rodeia (1998, p.58) «... é ser uma consciência intelectual e livre, o que nos distingue dos outros seres vivos e nos confere o direito de sermos tratados como Pessoas e não como coisas». Portanto, quando apelamos à pessoa doente, jamais poderemos ignorar que a mesma, é possuidora de uma personalidade e carácter de um passado, de experiências prévias, que tem uma perspectiva cultural própria, que desenvolve múltiplas funções, que é um ser relacional, com direitos e deveres, um ser com corpo mas também detentor de desejos e medos, e de uma percepção própria do futuro (Costa, 1995).

Quando a pessoa se confronta com a incapacidade para realizar as atividades básicas de vida diária e com uma situação de dependência, padece de várias perdas desencadeando a um processo de luto. Ainda associado à sensação de perda de autonomia, por uma alteração da função física, surge ainda o medo e a perda do seu papel social e profissional. Desta forma, poderemos comprovar que experienciar a doença é bastante complexo e subjetivo, envolvendo não só a recuperação do equilíbrio fisiológico, como também algumas adaptações associadas à imagem corporal, ao auto conceito, às inter-relações e às próprias limitações impostas pela doença.

Assim sendo, doenças crónicas são consideradas todas as doenças de longo tempo e que não têm cura efetiva variando na gravidade e na extensão das suas consequências (Miguel e Borges, 2002 cit. por Louro, 2009). O seu tratamento enfatiza o controlo ou gestão da doença, não tendo como finalidade específica a cura, mas sim uma procura de alívio dos sintomas, a diminuição do sofrimento e prolongamento da vida. Para Phipps (2003 p.145) *“Doença crónica não é por si só, uma realidade única, mas antes uma designação genérica que abrange doenças prolongadas, muitas vezes associadas a um certo grau de incapacidade... tem uma causa que produz sintomas e sinais num período de tempo variável, de curso longo, e da qual só há recuperação parcial.”*

Estima-se que atualmente 80% das pessoas com 65 anos de idade ou mais sofrem de pelo menos uma doença crónica, seja de natureza física, mental ou de ambas (Benjamim & Cluff, 2001 cit. por Louro, 2009).

Quando abordamos a DIC, estamos a referir-nos a doenças crónicas incapacitantes e dependentes, tais como a Doença Pulmonar Obstrutiva Crónica (DPOC), uma vez que envolvem uma maior dependência e incapacidade por parte dos doentes.

2. Doença Pulmonar Obstrutiva Crónica (DPOC)

2.1 Caraterização da DPOC

A Doença Pulmonar Obstrutiva Crónica (DPOC) é caracterizada como uma doença incapacitante, que contribui para a redução da qualidade de vida da pessoa portadora. Infelizmente tem-se observado um aumento significativo da percentagem de doentes que padecem desta patologia, constituindo desta forma a maior causa de morte e de invalidez a nível mundial. Calcula-se que em 2030 seja a 3^a causa de morte a nível mundial (World Health Statistics; Geneva, WHO, 2008 cit. por Direção Geral de Saúde, 2012). Em Portugal a prevalência atinge os 14,2% e classifica-se a DPOC como a 5^a causa de morte (Bárbara *et al.*, 2013; Fundação do Pulmão, 2012), sendo responsável por 61% do total dos DALY (*disability adjusted life years*) gerados por incapacidade nas doenças relacionadas com o tabagismo (Borges *et al.*, 2009).

A DPOC é caracterizada por *“uma limitação do fluxo de ar progressiva e está associada a uma resposta inflamatória dos brônquios e pulmões a partículas ou gases nocivos. A resposta inflamatória contribui para a destruição do parênquima, resultando em enfisema, podendo originar fibroses de pequenas vias aéreas. Estas alterações patológicas das vias aéreas irão contribuir para uma limitação progressiva do fluxo de ar”* (Global Initiative for Chronic Obstructive Lung Disease – GOLD, 2013).

“As limitações deixam as pessoas completa ou parcialmente incapazes de saber as condições existentes ou emergentes para o cuidado regulador de si próprias ou dos seus dependentes. Limitam, igualmente, a capacitação dos indivíduos e as suas necessidades de cuidado” (Taylor, 2004, p.217- 218).

Segundo Avşar et al (2012), as pessoas com DPOC experienciaram a perda de capacidade funcional e, como resultado, o seu estilo de vida mudou e as expectativas de diminuíram. Expressam a dificuldade que sentem em serem dependentes de outros, sendo neste aspeto que os profissionais de diversas áreas terão um papel fundamental.

Os gastos com os cuidados de saúde dos doentes com DPOC atingem custos elevados que resultam do acrescido número de internamentos. Com o desenvolvimento da doença, observa-se uma ampliação destes gastos, com um aumento do número de internamentos,

exigindo a existência de um plano de cuidados que tenha em conta o doente com DPOC numa perspetiva holística e que nos permita simultaneamente melhorar os cuidados prestados ao doente e diminuir os custos em saúde.

2.2. Fatores de Risco da DPOC

O fumo do tabaco é o fator de risco da DPOC mais estudado, visto considerar-se que é a grande causa de aparecimento desta patologia, mas tal pensamento tem minorado uma vez que indivíduos sem história de tabagismo tem desenvolvido esta patologia (Celli *et al.*, 2005). Entre os diversos fatores de risco descritos nesta patologia destacam-se o risco genético (Stoller & Aboussouan, 2005; McCloskey *et al.*, 2001), a idade e o género (Mannino *et al.*, 2002), o estatuto sócio-económico (Prescott, Lange & Vestbo, 1999) e a exposição a partículas nocivas inaladas (Matheson *et al.*, 2005; Trupin *et al.*, 2003).

Os doentes com DPOC tendem a rejeitar os sintomas precoces da patologia, não tomando devidas precauções nesta fase de diagnóstico que se torna essencial. Devido a estes aspetos, a patologia é diagnosticada em estágios avançados, o que dificulta o seu tratamento. O agravamento é progressivo, levando a uma situação de incapacidade a partir da 6ª ou 7ª década de vida.

2.3. Diagnóstico da DPOC

Tal como referido anteriormente, torna-se essencial realizar diagnósticos precoces desta patologia, de forma a iniciar o tratamento o mais cedo possível e de forma individualizada.

O diagnóstico clínico deve ser considerado a todas as pessoas que manifestem os seguintes sintomas: dispneia, tosse, expectoração, história de exposição a fatores de risco para a doença e/ou história familiar de DPOC (GOLD, 2013).

Neste contexto clínico, a espirometria é o exame que permite diagnosticar definitiva e objetivamente, se existe défice de fluxo aéreo. No entanto, de forma a complementar e comprovar esse exame inicial, poderão ser realizados outros testes, tais como o Rx pulmonar e a Gasimetria arterial.

A espirometria é desta forma considerada o método mais fiável e reprodutível para avaliar a limitação do fluxo aéreo e deve ser realizada antes e após a administração de um broncodilatador, de preferência em fase estável (Cordeiro & Menoita, 2012).

Os principais objetivos da avaliação do doente com DPOC são avaliar o grau do estado da doença da pessoa, determinando risco de eventos futuros (exacerbações, internamentos e morte) (GOLD, 2011).

A DPOC é uma doença respiratória que tende a evoluir por exacerbações, ou seja, com o agravamento dos sintomas, aumenta a fraqueza muscular, e consequentemente aumentam as limitações funcionais. De forma evolutiva, verifica-se o aumento de dependência do doente, tornando-se essencial o diagnóstico precoce bem como a reabilitação, de forma a educar para esta fase da doença, possibilitando aos doentes e seus cuidadores uma maior compreensão sobre a doença e reagir com normalidade aos sintomas, evitando assim recursos desnecessários aos serviços de urgência.

2.4. Tratamento e Medidas de controlo da DPOC

O tratamento da doença tem como objetivos prevenir o seu desenvolvimento; aliviar os sintomas; melhorar o estado de saúde; prevenir e tratar exacerbações; e reduzir a mortalidade.

Hoje em dia, são consideradas medidas essenciais:

- Eliminar fatores de risco, designadamente, o tabaco e poluição atmosférica;
- Promover a vacinação contra a gripe;
- Realizar Exames Complementares específicos;
- Recomendar a Oxigenoterapia;
- Recomendar Fisioterapia Cardio-Respiratória (Projeto GOLD, 2004).

Para o sucesso do tratamento e tendo em conta que se trata de uma doença crónica, o doente deve aprender a gerir e controlar a sua doença. Para tal, o doente deve ser informado previamente das medidas preventivas e terapêuticas, sendo esclarecido do que é a doença de DPOC, como evolui e como deve gerir a sintomatologia, tornando-o responsável pela gestão da própria doença. É igualmente elementar esclarecer acerca da importância do exercício físico, uma vez que a tendência da pessoa com DPOC é reduzir a prática da mesma devido à dispneia associada. A pessoa com DPOC deve desta forma, ser incluída num programa de reabilitação respiratória com uma componente de educação para a saúde

A medida mais importante no controlo da doença é, sem dúvida, deixar os hábitos tabágicos, pois, quanto mais tarde for a interrupção do consumo do mesmo, menor o efeito sobre o prognóstico (Kaspper et al 2006). De acordo com a Direção Geral de Saúde (2009), os fumadores antes de iniciarem o programa de Reabilitação Respiratória devem deixar o hábito tabágico. *“A reeducação funcional respiratória dirigida às pessoas com DPOC tem como objetivo facilitar a eliminação das secreções, contribuindo para a desobstrução brônquica, diminuindo as suas repercussões funcionais, nomeadamente as alterações ventilatórias, bem como a interrupção do ciclo vicioso: retenção de secreções, infeção secundária, agudizações, deterioração progressiva que acaba por conduzir ao enfisema pulmonar, cor pulmonale e insuficiência respiratória”*. (Heitor et al 1988 p.82 cit. por Cordeiro e Menoita, 2012).

3. Oxigenoterapia de Longa Duração (OLD) no Domicílio

A Oxigenoterapia foi expressa como opção terapêutica por volta de 1775, mas foi no início da década de 80 que a utilização da mesma ganhou evidência clínica (Barach, 1992, cit. por Drummond *et al.*, 2001). A utilização desta terapêutica iniciou-se válida para *“o aumento da sobrevida, melhoria da tolerância ao exercício e da função cognitiva, diminuição da ansiedade e depressão, redução do número e duração de internamentos por agudização, prevenção da progressão da hipertensão pulmonar e regressão da poliglobulia quando utilizado por um período superior a 15h/dia”* (Nocturnal Oxygen Therapy Trial Group, 1980; Medical Research Council Working Party, 1981).

Segundo a Norma de Orientação Clínica da Direção Geral de Saúde sobre a prescrição de Oxigenoterapia, a prescrição deste gás deverá cumprir como critérios os seguintes valores de gasimetria arterial: Pa O₂ < 55 mmHg; Pa O₂ entre 55 – 60 mmHg, se simultaneamente se verificar *cor pulmonale* crónico, hipertensão da artéria pulmonar e/ou poliglobulia (hematócrito > 55%) (DGS, 2011).

Atualmente existem três tipos de oxigénio: oxigénio por concentrador, oxigénio gasoso e oxigénio líquido. A escolha da fonte deste gás deve ter em atenção os valores de gasimetria arterial; as condições do domicílio; o débito de oxigénio prescrito; e as características do doente (grau de dependência/independência, a idade e a capacidade de compreensão para a realização do tratamento) (DGS, 2011).

Relativamente às características das diferentes fontes de Oxigénio, pode-se determinar:

- O Oxigénio por Concentrador utiliza o oxigénio ambiente que através de um processo de filtragem do próprio equipamento, consegue-se obter um ar fortemente oxigenado (87 a 93%) e sem impurezas, que poderá ser utilizado débitos até 5l/min de O₂. O ponto negativo da utilização deste equipamento é necessitar de uma fonte de energia elétrica, contudo apresenta como aspetos positivos não necessitar de substituição deste gás (DGS, 2011);

- O Oxigénio Gasoso é utilizado normalmente como uma fonte de recurso (reduzidas horas diárias), uma vez que são necessárias várias garrafas para a execução de um tratamento contínuo, visto que a sua capacidade é limitada correndo risco de terminar o oxigénio (DGS, 2011);

- O Oxigénio Líquido está indicado em doentes que necessitam de elevados débitos de O₂ e/ou em doentes com deambulação diária. Estes dispositivos são constituídos por um reservatório imóvel (com uma autonomia de 4 a 12 dias, dependendo do débito diário) e um reservatório portátil próprio para a deambulação (com uma autonomia de cerca de 4h a um débito de 3l/min) (DGS, 2011).

Para a utilização deste tratamento, é necessário a utilização de interfaces, podendo ser as Cânulas/ Óculos Nasais ou Máscaras Nasais. As cânulas nasais são as mais comuns, uma vez que, permitem ao doente realizar atividades como falar, alimentar-se, sem ter que suspender a administração de oxigénio. Por outro lado, as máscaras são o recurso utilizado para elevados débitos, no entanto, interferem com as atividades de vida diárias, condicionando a interação social (Dias, 1999; DGS, 2011).

A Oxigenoterapia Domiciliar Prolongada (ODP) tal como referido, é um tratamento de grande custo para o SNS, desta forma deve ser realizada uma avaliação prévia, detalhada para se prescrever a fonte de oxigénio e os parâmetros do Tratamento (Bartholo, Gomes & Noronha; 2009). A Oxigenoterapia é considerado como o *“principal tratamento não farmacológico para portadores de doença pulmonar obstrutiva crónica (DPOC) e hipoxemia crónica, tendo como principais objetivos: reversão de alterações hipoxémicas, manutenção da hemoglobina, débito cardíaco e perfusão tecidual adequado”* (Viegas, 2009).

A Oxigenoterapia domiciliar tem como principal objetivo diminuir o número de internamentos hospitalares (reduzir gastos e riscos de infeção) e melhorar a qualidade de vida do doente, possibilitando realizar o tratamento no convívio domiciliar com a

participação da família que contribuem para a melhoria do doente e retorno às atividades de vida diária.

4. Definição do Conceito de Qualidade de Vida

Awad & Voruganti (2000) afirmaram que *«qualidade de vida é uma vaga e etérea entidade, algo sobre a qual muita gente fala, mas que ninguém sabe claramente o que é»* (p.558). Esta afirmação demonstra o relevo dado na literatura mais recente às controvérsias sobre este conceito, desde que começou a aparecer na literatura associado a trabalhos empíricos.

Estas dificuldades deve-se ao facto da QV se constituir como uma perceção individual (influenciada pelo contexto sociocultural, pelos objetivos, expectativas, normas e preocupações de cada pessoa). Desta forma, podemos afirmar que o conceito QV é bastante amplo e subjetivo, constituído por uma complexa associação da saúde física (nível de independência), psicológica, social, espiritual (crenças e convicções pessoais) e a sua relação com os aspetos importantes do meio ambiente (OMS, 2001). A QV constitui, desta forma, um importante indicador social, com uma clara tradução na eficácia, eficiência e impacto de determinados tratamentos e controlo dos problemas de saúde.

A OMS contribui assim, para o desenvolvimento teórico-metodológico do tema através de um projeto multicêntrico, cuja construção se deu em quatro etapas: *a)* clarificação do conceito de QV por especialistas oriundos de diferentes culturas; *b)* estudo qualitativo, em 15 cidades de 14 países, com grupos focais formados por pessoas doentes com patologias diversas, profissionais de saúde e pessoas da população em geral, para explorar as representações e o significado do termo em diferentes culturas; *c)* desenvolvimento dos testes para análise fatorial e de confiabilidade, validade de constructo e validade discriminante (The WHOQOL Group, 1995a e 1998b).

Smith, Avis & Assmann (1999) alertaram para o facto do conceito de QV e “*estado de saúde*” aparecerem na literatura como sinónimos. Assim, importados na clarificação desses conceitos investigaram a importância de três grandes dimensões como: *a)* a saúde mental, *b)* o funcionamento físico e *c)* o funcionamento social sobre a perceção da QV e do estado de saúde em pessoas com doenças crónicas. A dimensão que obteve maior poder de

predição em relação ao *escore* da QV foi o da saúde mental/bem-estar psicológico, sendo que o poder preditivo da dimensão do funcionamento físico foi menor.

De acordo com o trabalho desenvolvido pela OMS (1998) a QV pode ser definida como «*a percepção do indivíduo sobre a sua posição na vida, no contexto de cultura e sistema de valores nos quais está inserido e em relação aos seus objetivos, expectativas, padrões e preocupações*». Esta definição valida a natureza multidimensional do constructo, de modo empírico, a partir da emergência de quatro grandes dimensões:

- a) Dimensão física: a percepção física do indivíduo sobre sua condição;
- b) Dimensão psicológica: a percepção do indivíduo sobre sua condição afetiva e cognitiva;
- c) Dimensão do relacionamento social: a percepção do indivíduo sobre os relacionamentos sociais;
- d) Dimensão do ambiente: a percepção do indivíduo sobre os aspetos relacionados ao ambiente onde vive.

De acordo com Canam & Acorn (1999) a QV tem vindo a constituir-se como uma referência das intervenções, na monitorização e na avaliação do impacto de programas e da prestação de serviços nas áreas de educação, formação, cuidados de saúde e reabilitação.

Tal como anteriormente referido, o aumento da prevalência das doenças crónico-degenerativas, os avanços da ciência e tecnologia associados à medicina e as possibilidades efetivas de controlo de algumas doenças têm permitido um aumento da esperança média de vida das pessoas com DIC.

5. Problema, objetivos e hipóteses de estudo

5.1. Justificação do problema

Como foi descrito ao longo de todo o enquadramento teórico, a DPOC e a utilização de Oxigenoterapia tem implicações que se estendem muito mais para além do sofrimento e/ou da dependência da pessoa doente, influenciando assim, a estabilidade a nível social, emocional e físico, repercutindo-se, de forma multidimensional, na QV dos doentes que se

deparam com esta realidade mais intimamente. (Weitzner, Haley & Chen, 2000; Brito, 2002; Iecovich, 2008).

De forma a promover a Saúde nesta população, é essencial criar medidas preventivas que contribuem para o aumento da Qualidade de Vida dos idosos.

5.2. Objetivos e hipóteses

Perante o problema colocado, delineamos como objetivos:

1. Conhecer o perfil sociográfico dos Idosos com Doença Pulmonar Obstrutiva Crónica (DPOC);
2. Avaliar a Qualidade de Vida dos Idosos que realizam ODP;
3. Avaliar a Funcionalidade destes Idosos;
4. Comparar a Funcionalidade dos Idosos de acordo com o Género (Feminino e Masculino), de acordo com a Faixa Etária, com o Agregado Familiar, com os Hábitos Tabágicos e com o nº de Internamentos;
5. Comparar a QV dos Idosos de acordo com o Género (Feminino e Masculino), de acordo com a Faixa Etária, com o Agregado Familiar, com os Hábitos Tabágicos e com o nº de Internamentos;
6. Comparar a Funcionalidade com a QV dos Idosos;
7. Determinar estratégias que melhorem os Cuidados Respiratórios Domiciliários, influenciando a Qualidade de Vida desta população.

Como objetivo geral, considero relevante:

1. Determinar a Qualidade de Vida dos Idosos do distrito de Beja que sofrem de DPOC e que realizam Oxigenoterapia de Longa Duração;
2. Delimitar estratégias possíveis de colocar em prática para melhorar a QV desta população-alvo.

Considerando os objetivos do estudo e a revisão bibliográfica realizada podemos formular as seguintes hipóteses:

1. Um maior grau de dependência da pessoa que utiliza OLD verifica-se uma causa maior de sobrecarga física, emocional e social na sua vida diária;

2. Quanto maior é a sobrecarga física, emocional e social menor será a QV dos Idosos.

5.3. Variáveis do estudo

No nosso estudo iremos ter as seguintes variáveis:

- Variável Dependente – Qualidade de vida do Idoso;
- Variáveis Independente – A Funcionalidade dos Idosos; Género; Idade; Estado civil; Agregado Familiar; Número de Internamentos; Hábitos Tabágicos.

II – Investigação Empírica

6 – Metodologia

6.1. Participantes

Para o nosso estudo, recorremos a uma técnica de amostragem não probabilística de conveniência, uma vez que foram instituídos critérios de inclusão para os participantes em estudo.

Inclusão essa, que teve como principais critérios: tratar-se de Idosos com idades igual ou superior a 65 anos, sofrerem de DPOC, que realizassem Oxigenoterapia Domiciliar de Longa Duração e que não apresentem alterações neurológicas ou cognitivas impeditivas de preencherem o questionário.

Desta forma, de 234 Idosos no Distrito de Beja a realizarem Oxigenoterapia (Curta e Longa Duração), constituímos a nossa amostra com 150 doentes a cumprirem os nossos requisitos.

6.2. Procedimento

Todos os questionários foram aplicados a nível Domiciliário onde também foi apresentado o Consentimento Informado com toda a informação do estudo e com os respetivos objetivos. Dos questionários obtidos foi possível verificar que todos os idosos compreenderam o questionário, por este apresentar uma linguagem simples e adequada ao que se pretendia avaliar, segundo referiram.

O estágio de recolha de dados demonstrou-se um processo complexo, devido às próprias características associadas aos participantes do estudo. De forma a sensibilizar alguns idosos, realizou-se ainda sessões de esclarecimento.

Simultaneamente solicitou-se a autorização da Direção da Empresa de Cuidados Respiratórios ao Domicílio – ACAIL para realizar este estudo de investigação, facilitando-nos o acesso aos sujeitos em estudo.

A escolha deste distrito relacionou-se com critérios de acessibilidade e de economia de recursos, dada a proximidade geográfica da residência e do local de trabalho da investigadora.

6.3. Desenho

Trata-se de um estudo descritivo, uma vez que pretendemos essencialmente estudar a QV do Idoso que realizam OLD e não intervir com a mesma, utilizando uma correlação entre as variáveis para conhecer o efeito de umas sobre as outras. É ainda multivariada, com um grupo de comparação, sem medida prévia, por apresentar mos uma variável dependente e um conjunto amplo de variáveis independentes. Esta variável dependente não é manipulada, é estudada procurando-se a sua relação com as variáveis independentes.

Assim, como já referido anteriormente caracterizamos as variáveis:

- Variável Dependente – Qualidade de vida do Idoso;
- Variáveis Independentes – A funcionalidade/ grau de dependência; Género; Idade; Estado civil; Agregado Familiar; Hábitos Tabágicos; e, Número de Internamentos no último ano.

6.4. Aspetos deontológicos

Durante todo o percurso da investigação foram respeitados todos os princípios éticos que devem reger qualquer investigação científicas, dos quais destacamos:

- A obtenção de autorização da Direção da Empresa de Cuidados Respiratórios ao Domicílio - ACAIL, para realizar este estudo de investigação, facilitando-nos o acesso aos sujeitos em estudo.
- A informação e o esclarecimento de todos os Idosos sobre os objetivos do estudo, bem como sobre a possibilidade de desistirem a qualquer momento sem qualquer problema, solicitando o seu consentimento esclarecido e escrito;
- A informação obtida foi utilizada para o fim previsto, de forma confidencial e anónima.

6.5. Procedimento estatístico

Para o estudo das várias hipóteses apresentadas nesta investigação e a concretização de seus objetivos, os dados foram submetidos a tratamento informático através do SPSS, versão 23 para Windows. As variáveis constantes no questionário são:

- a) Seis variáveis sociodemográficas caracterizadoras do Idoso: género; idade; estado civil; Agregado Familiar; Hábitos Tabágicos; e, Número de Internamentos no último ano.
- b) Dez variáveis referentes ao grau de dependência da pessoa com DPOC;
- c) Oito variáveis referentes à avaliação da QV do Idoso que realiza OLD.

7. Apresentação dos resultados

Neste capítulo, iremos apresentar os resultados da nossa investigação, iniciando por expor os resultados das propriedades psicométricas dos instrumentos utilizados, encontrados pelos autores originais dos instrumentos e os próprios resultados obtidos pela investigadora. Seguidamente serão apresentados os resultados finais tendo em conta o modelo teórico e as hipóteses que queremos testar.

7.1. Investigação prévia

De forma a apresentar os resultados das propriedades psicométricas dos instrumentos utilizados nesta nossa investigação, procederemos a um breve enquadramento das seguintes escalas:

- *Índice de Barthel*, validado por Araújo, Ribeiro, Oliveira e Pinto (2007);
- *Questionário de avaliação da qualidade de vida SF-36*, validada por Ciconelli (1997).

Após se ter realizado a recolha de dados foi-nos possível verificar a fidedignidade dos instrumentos de colheita de dados aplicados, através da sua consistência interna.

7.1.1. Índice de Barthel

O Índice de Barthel foi validado em português por Araújo, Ribeiro, Oliveira e Pinto (2007), dando a possibilidade de avaliar o nível de independência/ dependência nas diversas atividades de vida diárias. Este teste é composto por 10 itens (comer, higiene pessoal, uso do sanitário, tomar banho, vestir e despir, controlo dos esfíncteres, deambular, transferência

da cadeira para a cama e subir e descer escadas) com 2, 3 ou 4 possibilidades de resposta, pontuadas de 0 a 3.

A consistência interna deste teste, avaliada por Araújo, Ribeiro, Oliveira e Pinto (2007) através do *Alfa de Cronbach* é de 0,96, apresentando os itens da escala correlações com a escala total, corrigidas para sobreposição, entre $r = 0,66$ e $r = 0,93$.

Segundo Araújo, Ribeiro, Oliveira e Pinto (2007), os resultados encontrados numa amostra de conveniência constituída por 209 pessoas com idade igual ou superior a 65 anos (compreendidas entre os 65 e os 96 anos), a residirem no Porto, Arouca e Sabrosa, apresentavam idades com uma média etária de 77,8 anos, sendo na sua grande maioria do género feminino ($n=130$).

Comparativamente, podemos observar que a nossa amostra apresenta valores mais baixos de dependência, em relação ao estudo original, com um menor desvio *standart*, que pode ser justificado pelo facto de no nosso estudo dividirmos as nossas sub-amostras de acordo com as idades e o índice de dependência de Barthel.

7.1.2. Qualidade de Vida SF – 36

O SF-36 é uma versão portuguesa do Medical Outcomes Study 36 – Item shortform health survey, traduzido e validado por Ciconelli (1997).

Segundo Martinez (2002), o SF-36 é um “*questionário multidimensional formado por 36 itens, englobados em 8 escalas ou componentes: capacidade funcional (10 itens), aspetos físicos (4 itens), dor (2 itens), estado geral de saúde (5 itens), vitalidade (4 itens), aspetos sociais (2 itens), aspetos emocionais (3 itens), saúde mental (5 itens) e mais uma questão de avaliação comparativa entre as condições de saúde atual e de um ano atrás. Avalia tanto aspetos negativos de saúde (doença ou enfermidade), como aspetos positivos (bem-estar). Os dados são avaliados a partir da transformação das respostas em escores numa escala entre 0 a 100, sendo considerado valores próximos de 0 como pior qualidade de vida, e 100 ótima qualidade de vida, resultando dessa forma, num estado geral de saúde melhor ou pior*”.

7.2. Resultados do Estudo

De forma a dar continuidade à nossa investigação iremos, de seguida, apresentar os resultados das principais variáveis em estudo.

7.2.1. Perfil Sociodemográfico dos Idosos

De forma a caracterizarmos a nossa amostra, iremos apresentar algumas das variáveis sociográficas, que permitem a sua contextualização e uma perceção adequada da realidade em estudo. Assim, iremos apresentar elementos sobre o género, a idade, o estado civil, o agregado familiar, o número de internamentos no último ano e se é fumador.

Desta forma, considerámos adequado apresentar as características das variáveis estudadas, através da comparação e análise dos dados caracterizadores pelos doentes, permitindo-nos traçar o perfil sociográfico dos participantes.

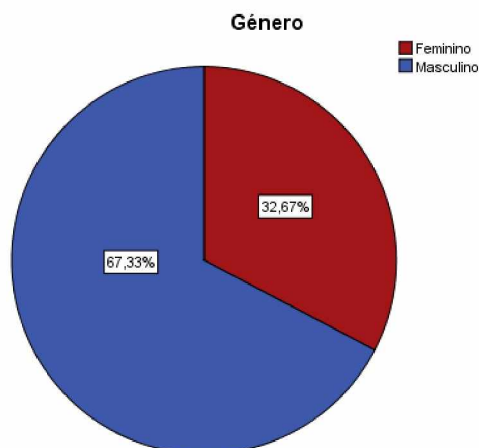


Figura 1: Distribuição dos Idosos segundo o Género.

De acordo com a Figura 1, observa-se uma clara representatividade do género masculino que realizam Tratamento de Oxigenoterapia, constituindo 67.3% na subamostra e apenas 32.7% do género feminino realiza a OLD.

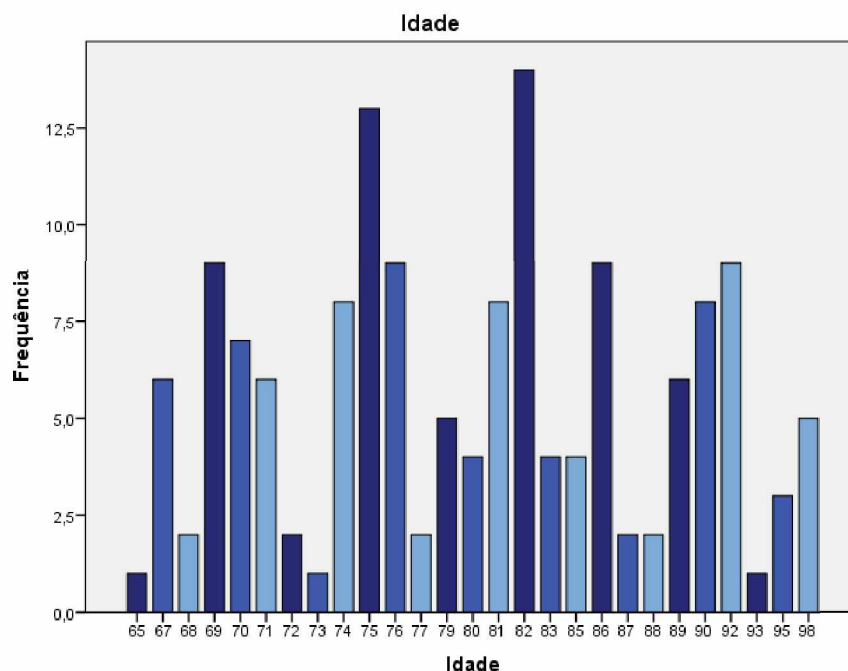


Figura 2 Distribuição dos Idosos por Idades

No que respeita à idade, verifica-se estar compreendida entre os 65 e os 98 anos, sendo a média de 80,13 anos e o desvio padrão de 8,42. Podemos constatar que as idades dos entrevistados variam entre os 65 e os 98 anos de idade, sendo a moda de 82 anos (9,3%).

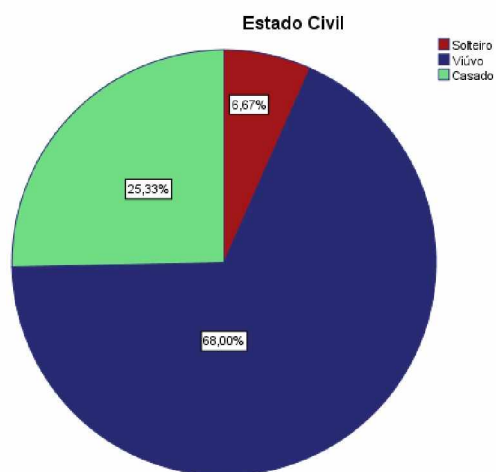


Figura 3: Estado Civil dos Idosos

Em relação à variável “estado civil”, representada na Figura 3, verifica-se que a maioria dos Idosos em estudo são viúvos (68%), somente 38 (25.3%) dos Idosos são casados e apenas 10 (6.7%) dos Idosos tem estado civil de solteiro.

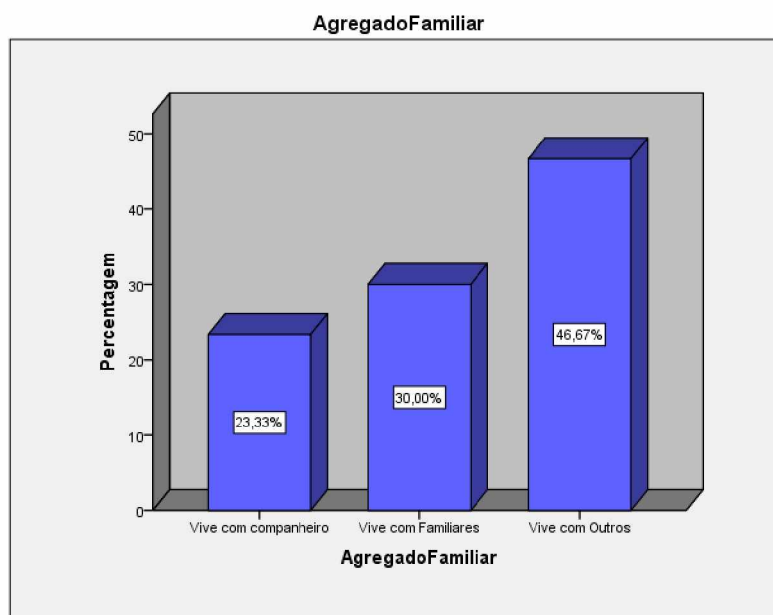


Figura 4: Agregado Familiar dos Idosos.

De acordo com o agregado familiar, podemos comprovar que a maioria dos nossos Idosos vivem com outros, ou seja, vivem Institucionalizados (46.7%), seguida de viverem com Familiares (30%), e finalmente, apenas 23.3% vivem com seus companheiros.

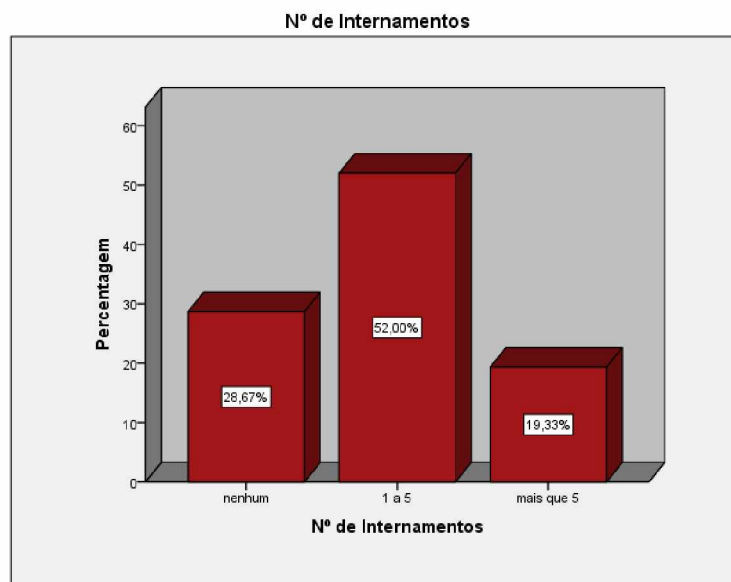


Figura 5: Número de Internamentos no último ano.

Relativamente ao número de Internamentos no último ano, pode-se verificar que mais de metade da nossa amostra (52%) teve entre 1 a 5 internamentos, seguindo-se 28.7% dos Idosos sem internamentos e finalmente e na sua minoria, registou-se mais que 5 internamentos apenas para 19.3%.

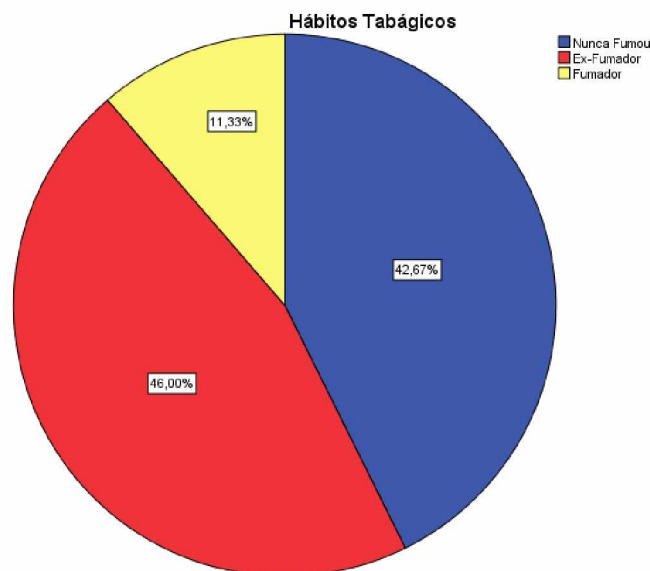


Figura 6: Hábitos Tabágicos dos Inquiridos.

Quanto ao ítem dos Hábitos Tabágicos, pode-se apurar que 46% dos nossos inquiridos são Ex-Fumadores, seguindo-se os Idosos que nunca Fumaram (42,7%) e em último os Fumadores com 11,3%.

7.2.2. Índice de Barthel

O Índice de Barthel avalia o nível de independência do doente na concretização de 10 atividades básicas de vida diária (ABVD), tais como: comer, higiene pessoal, uso dos sanitários, tomar banho, vestir e despir, controlo de esfíncteres, deambular, transferência da cadeira para a cama, subir e descer escadas (Sequeira, 2007).

A utilização deste instrumento tem contribuído para o desenvolvimento de outras versões possibilitando alterar as quantidades das atividades avaliadas e/ou alterar o sistema de pontuação. Visto que vários autores consideram este instrumento o mais adequado para avaliar a incapacidade para a realização das atividades de vida diárias, o Índice de Barthel é o instrumento mais utilizado atualmente, quer em contexto comunitário, hospitalar e centros de reabilitação (Duncan, Jorgensen e Wade, 2000). Ainda é de reforçar as inúmeras vantagens da utilização deste instrumento de avaliação, tais como: é de fácil aplicação e interpretação, baixo custo, pode ser repetido periodicamente, e o seu preenchimento é de curta duração (Araújo, Ribeiro, Oliveira e Pinto, 2007).

Cada atividade apresenta entre 2 a quatro níveis de dependência, em que 0 corresponde à dependência total e a independência pode ser pontuada com 5, 10 ou 15 pontos de acordo com os níveis de dependência (Sequeira, 2007).

Numa escala de 10 itens o seu total pode variar de 0 a 100, sendo que um total de 0-20 indica Dependência total; 21-60 Grave dependência; 61-90 Moderada dependência; 91-99 Muito leve dependência e 100 Independência (Azeredo & Matos, 2003).

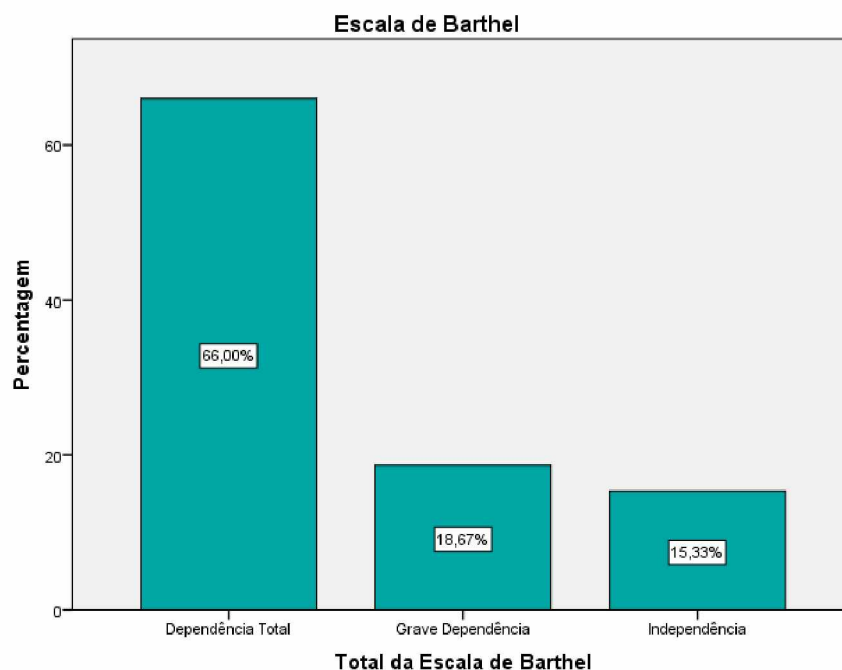


Figura 7: Escala de Barthel

Relativamente à Escala de Avaliação de Barthel, pode-se observar seguindo a Tabela anterior, que a sub-amostra constituída pelos Idosos que realizam OLD, observa-se que 99 (66%) desses Idosos apresentam uma dependência total (Índice de Barthel entre 0 e 20), 28 (18.7%) um grau de dependência grave (Índice de Barthel entre 21 e 60) e apenas 23 (15.3%) dos Idosos são Independentes.

		Dependência Total	Grave Dependência	Independência
Género	Feminino	61,2%	20,4%	18,4%
	Masculino	68,3%	17,8%	13,9%
Total		66,0%	18,7%	15,3%

Quadro 1: Grau de Dependência segundo o Género.

Analisando e comparando o grau de Dependência em relação ao Género, pode-se concluir que a Dependência Total é relatada na sua maioria pelo género masculino (68,3%), porém o género Feminino manifesta maior Funcionalidade, visto registrar-se 18,4% da Independência.

	Escala de Barthel						Total	
	Dependência Total		Grave Dependência		Independência			
	Contagem	% do Total	Contagem	% do Total	Contagem	% do Total	Contagem	% do Total
Idade 65	1	0,7%	0	0,0%	0	0,0%	1	0,7%
67	5	3,3%	0	0,0%	1	0,7%	6	4,0%
68	0	0,0%	1	0,7%	1	0,7%	2	1,3%
69	5	3,3%	4	2,7%	0	0,0%	9	6,0%
70	6	4,0%	0	0,0%	1	0,7%	7	4,7%
71	4	2,7%	1	0,7%	1	0,7%	6	4,0%
72	1	0,7%	1	0,7%	0	0,0%	2	1,3%
73	1	0,7%	0	0,0%	0	0,0%	1	0,7%
74	4	2,7%	4	2,7%	0	0,0%	8	5,3%
75	6	4,0%	2	1,3%	5	3,3%	13	8,7%
76	7	4,7%	1	0,7%	1	0,7%	9	6,0%
77	1	0,7%	1	0,7%	0	0,0%	2	1,3%
79	3	2,0%	1	0,7%	1	0,7%	5	3,3%
80	2	1,3%	0	0,0%	2	1,3%	4	2,7%
81	7	4,7%	1	0,7%	0	0,0%	8	5,3%
82	11	7,3%	2	1,3%	1	0,7%	14	9,3%
83	3	2,0%	0	0,0%	1	0,7%	4	2,7%
85	3	2,0%	0	0,0%	1	0,7%	4	2,7%
86	8	5,3%	0	0,0%	1	0,7%	9	6,0%
87	1	0,7%	0	0,0%	1	0,7%	2	1,3%
88	1	0,7%	0	0,0%	1	0,7%	2	1,3%
89	3	2,0%	1	0,7%	2	1,3%	6	4,0%
90	2	1,3%	5	3,3%	1	0,7%	8	5,3%
92	7	4,7%	2	1,3%	0	0,0%	9	6,0%
93	1	0,7%	0	0,0%	0	0,0%	1	0,7%
95	3	2,0%	0	0,0%	0	0,0%	3	2,0%
98	3	2,0%	1	0,7%	1	0,7%	5	3,3%
Total	99	66,0%	28	18,7%	23	15,3%	150	100,0%

Quadro 2: Interpretação da Funcionalidade em relação às Idades.

Em sequência da Avaliação da Escala de Barthel em relação às Idades, pode-se observar que 11 dos Idosos (7,3%) revelaram maior “Dependência Total” com 82 anos de Idade. Por outro lado, 5 (3,3%) dos Idosos com 75 anos foram os que apresentaram maior “Independência”.

Escala de Barthel * Estado Civil

			Estado Civil			Total
			Solteiro	Viúvo	Casado	
Total da Escala de Barthel	Dependência Total	Contagem	10	67	22	99
		% do Total	6,7%	44,7%	14,7%	66,0%
	Grave Dependência	Contagem	0	18	10	28
		% do Total	0,0%	12,0%	6,7%	18,7%
	Independência	Contagem	0	17	6	23
		% do Total	0,0%	11,3%	4,0%	15,3%
	Total	Contagem	10	102	38	150
		% do Total	6,7%	68,0%	25,3%	100,0%

Quadro 3: Relação da Escala de Barthel com o Estado Civil.

Quanto ao Estado Civil, a viúves é o estado que está mais frequente no nosso estudo (68,0%) como determinamos nos dados sociodemográficos, desta forma, este Estado continua a representar maior percentagem nas várias categorias da Escala de Barthel. É possível verificar o Estado de Viúvez está associado à “Dependência Total” com 67 dos Idosos (44,7%), também encontra-se relacionado com a “Grave Dependência” com 18 dos Idosos (12,0%) e finalmente com a “Independência” com 17 dos inquiridos (11,3%).

Total da Escala de Barthel * Agregado Familiar

			Agregado Familiar			Total
			Vive com companheiro	Vive com Familiars	Vive em Instituições	
Total da Escala de Barthel	Dependência	Contagem	20	30	49	99
	Total	% do Total	13,3%	20,0%	32,7%	66,0%
	Grave	Contagem	9	10	9	28
	Dependência	% do Total	6,0%	6,7%	6,0%	18,7%
	Independência	Contagem	6	5	12	23
		% do Total	4,0%	3,3%	8,0%	15,3%
Total		Contagem	35	45	70	150
		% do Total	23,3%	30,0%	46,7%	100,0%

Quadro 4: Relação da Escala de Barthel com o Agregado Familiar.

Como observado na Tabela, não se regista nenhuma relação entre a Dependência e o Agregado Familiar, visto que 49 dos Idosos, (32,7%) expõem uma “Dependência Grave” vivendo Institucionalizados, e por outro lado, 12 dos inquiridos (8,0%) apresentam “Independência” e vivem igualmente em Instituições.

Total da Escala de Barthel * Nº de Internamentos

			Nº de Internamentos			Total
			nenhum	1 a 5	mais que 5	
Total da Escala de Barthel	Dependência Total	Contagem	28	49	22	99
		% do Total	18,7%	32,7%	14,7%	66,0%
	Grave	Contagem	8	16	4	28
	Dependência	% do Total	5,3%	10,7%	2,7%	18,7%
	Independência	Contagem	7	13	3	23
		% do Total	4,7%	8,7%	2,0%	15,3%
Total		Contagem	43	78	29	150
		% do Total	28,7%	52,0%	19,3%	100,0%

Figura 8: Relação entre a Escala de Barthel e o Nº de Internamentos.

Também constatamos que o número de Internamentos não influencia o Estado de Dependência dos nossos Inquiridos, uma vez que os Idosos que estiveram internados até 5 vezes prevalece, tanto no Estado de “Dependência Total” com 32,7%, bem como no estado de “Independência” com 8,7%.

Total da Escala de Barthel * Fumador

			Hábitos Tabágicos			Total
			Nunca Fumou	Ex-Fumador	Fumador	
Total da Escala de Barthel	Dependência	Contagem	39	47	13	99
	Total	% do Total	26,0%	31,3%	8,7%	66,0%
	Grave	Contagem	14	11	3	28
	Dependência	% do Total	9,3%	7,3%	2,0%	18,7%
	Independência	Contagem	11	11	1	23
		% do Total	7,3%	7,3%	0,7%	15,3%
Total		Contagem	64	69	17	150
		% do Total	42,7%	46,0%	11,3%	100,0%

Quadro 5: Relação entre a Escala de Barthel e os Hábitos Tabágicos.

Relativamente aos Hábitos Tabágicos, já se verifica uma relação associada à Escala de Dependência, visto que 47 dos Idosos (31,3%) que apresentam Dependência Total é Ex-Fumador e 13 (8,7%) é Fumador, enquanto os Idosos que demonstram Independência 7,3% nunca fumou, 7,3% é ex-fumador e apenas 0,7% revela ser fumador.

7.2.3. SF 36

O *Short Form* de 36 itens, em inglês *SF-36 Health Survey*, é um instrumento que permite avaliar o estado geral de saúde dos indivíduos através da resposta a 36 itens, desenvolvido originalmente por Ware e al. (1993). A adaptação e validação para a população portuguesa surgiu apenas no ano de 2000 por Pedro Ferreira.

Após reflexão, determinou-se que essa avaliação é de extremos, não conseguindo abordar com exatidão a Qualidade de Vida. Assim sendo, considerou-se essencial dividir a escala e classifica-la para mais facilmente compreender os resultados:

- Pontuação entre 0 e 45 traduz uma Reduzida Qualidade de Vida na execução das AVD's;
- Pontuação entre 45 e 75 indica uma Moderada Qualidade de Vida e;
- Pontuação acima dos 75 revela que o indivíduo realiza, sem limitações decorrentes do seu estado de saúde, todas as atividades, incluindo as mais exigentes, traduzindo-se numa Boa Qualidade de Vida.

Segundo vários estudos, pode-se concluir que as pontuações variam entre 0 e 100, sendo 0 avaliada em Reduzida Qualidade de Vida e 100 Boa Qualidade de Vida.

Os 36 itens da escala estão associados em duas componentes (componente física e mental) e agrupam-se em oito dimensões que irão ser examinadas de seguida (Ferreira, 2000; Pais-Ribeiro, 2005):

- A *capacidade funcional* pretende avaliar a limitação na execução das AVD's.

		Frequência	Percentagem
Válido	Reduzida Qualidade de Vida	48	32,0
	Moderada Qualidade de Vida	56	37,3
	Boa Qualidade de Vida	46	30,7
	Total	150	100,0

Quadro 6: Primeiro Domínio "Capacidade Funcional".

Como podemos concluir, a nível do Domínio de Capacidade Funcional, a maioria dos Idosos, 56 (37.3%) referem apresentar uma Moderada Qualidade de Vida no que refere a aspetos físicos das suas ABV's. Contudo, existe uma proximidade entre Idosos que referem uma Reduzida Qualidade de vida (32%), e os que revelam uma Boa Qualidade de Vida (30.7%), sendo esta a mais reduzida a nível estatístico.

- A *função física* é espelhada através de uma subescala com 10 itens através da qual se pretende avaliar a limitação na execução das AVD's. A sua classificação assemelha-se ao domínio anterior.

		Frequência	Percentagem
Válido	Reduzida Qualidade de Vida	150	100,0

Quadro 7: Segundo Domínio "Limitação dos Aspetos Físicos"

Como se pode verificar, toda a amostra (100%) revela ter uma Reduzida Qualidade de Vida no que respeita aos Aspetos Físicos, demonstrando uma maior limitação nas suas AVD's.

- O terceiro domínio classifica-se como *Dor Física* ou *Dor Corporal* e é avaliada por dois itens, que permitem explorar a presença de dor, a sua intensidade e impacto no quotidiano dos indivíduos. A classificação equipara-se aos restantes domínios, ou seja, quanto mais baixa for a pontuação obtida maior é a intensidade da dor e mais limitado se sente o indivíduo.

		Frequência	Percentagem
Válido	Reduzida Qualidade de Vida	122	81,3
	Boa Qualidade de Vida	28	18,7
	Total	150	100,0

Quadro 8: Terceiro Domínio "Dor"

Neste Domínio, avaliamos a Qualidade de Vida segundo a Dor sentida pelo Idoso, e podemos concluir que os Idosos maioritariamente responderam manifestar Dor, contribuindo desta forma a uma Reduzida Qualidade de Vida (81.3%). Apenas 28 (18.7%) dos inquiridos referiram ter uma Boa Qualidade de Vida. Como observado na Tabela, não se registou Idosos a manifestarem uma Moderada Qualidade de Vida no domínio da Dor.

- A *Saúde em Geral* é uma subescala constituída por cinco itens procurando avaliar a percepção que o indivíduo tem sobre a sua saúde. Uma baixa pontuação é sinónima de uma percepção pouco favorável da sua saúde em que o indivíduo acredita que esta provavelmente irá agravar-se. Por sua vez, caso a pontuação seja elevada o indivíduo acredita que a sua saúde é excelente.

		Frequência	Percentagem
Válido	Reduzida Qualidade de Vida	92	61,3
	Moderada Qualidade de Vida	8	5,3
	Boa Qualidade de Vida	50	33,3
	Total	150	100,0

Quadro 9: Quarto Domínio "Estado Geral de Saúde"

Neste Domínio, podemos constatar que mais de metade da nossa amostra (61.3%) revela ter uma Saúde Reduzida, apresentando desta forma, uma Reduzida Qualidade de Vida. Seguidamente, manifestam-se 50 idosos que consideram ter uma Bom estado de Saúde com

33,3%, e finalmente, apenas 5.3% manifesta ter uma moderada qualidade de Vida no que concerne ao estado geral de saúde.

- A subescala da *Vitalidade*, constituída por quatro itens, permite identificar mais facilmente as diferenças de bem-estar, incluindo na sua avaliação os níveis de energia e de fadiga. Quanto mais alta for a pontuação, mais enérgico e animado se sente o indivíduo.

	Frequência	Percentagem
Válido Boa Qualidade de Vida	150	100,0

Quadro 10: Quinto domínio "Vitalidade"

Após análise da Tabela, facilmente se pode verificar que 100% dos inquiridos apresenta bem-estar e diminuição de fadiga, contribuindo assim para uma Boa Qualidade de Vida no domínio da Vitalidade.

- A *Função Social* ou *Funcionamento Social* é uma subescala com dois itens, em que se pretende captar a quantidade e qualidade das atividades sociais, bem como o impacto que os problemas físicos e emocionais têm nestas atividades. Quanto mais baixa for a pontuação pior é o desempenho social do indivíduo e maior o impacto que os problemas físicos e emocionais têm.

		Frequência	Percentagem
Válido	Reduzida Qualidade de Vida	133	88,7
	Moderada Qualidade de Vida	17	11,3
	Total	150	100,0

Quadro 11: Sexto Domínio "Aspetos Sociais"

De acordo com este domínio, observa-se que os idosos maioritariamente apresentam uma Reduzida Qualidade de Vida (88.7%), seguindo-se apenas 17 (11.3%) idosos com uma Moderada Qualidade de Vida. Neste domínio não se verifica nenhum idoso a representar Boa Qualidade de Vida, pelo que se pode constatar que a nível social todos os inquiridos sente-se excluídos, contribuindo desta forma para uma reduzida qualidade de vida.

- O *Desempenho Emocional* é avaliado através de três itens, tentando descortinar o impacto dos problemas emocionais na quantidade e qualidade de AVD's desempenhadas. Uma elevada pontuação representa a inexistência de limitações decorrentes dos problemas emocionais.

	Frequência	Percentagem
Válido Redução da Qualidade de Vida	150	100,0

Quadro 12: Sétimo Domínio "Limitação dos Aspetos Emocionais"

Como podemos facilmente comprovar segundo a tabela, todos os Idosos (100%) da nossa amostra, responderam apresentar uma Reduzida Qualidade de Vida no que concerne aos Aspetos Emocionais. Tal aspeto, poderá estar influenciado, pelo facto de nos aspetos/relações sociais também terem respondido maioritariamente reduzida qualidade de vida.

- A subescala da *Saúde Mental* apresenta cinco itens que procuram avaliar a ansiedade, a depressão, a perda de controlo e o bem-estar psicológico. Quanto mais baixa for a nota, mais nervoso e deprimido se sente o indivíduo.

	Frequência	%
Reduzida Qualidade de Vida	118	78,7
Boa Qualidade de Vida	32	21,3
Total	100%	100%

Quadro 13: Oitavo Domínio "Saúde Mental"

Analizamos que mais uma vez, a maioria dos Idosos 78,7%, apresentam uma Reduzida Qualidade de Vida, e apenas 32 (21.3%) inquiridos manifestaram uma Boa Qualidade de Vida, não se tendo registado idosos com moderada qualidade de vida.

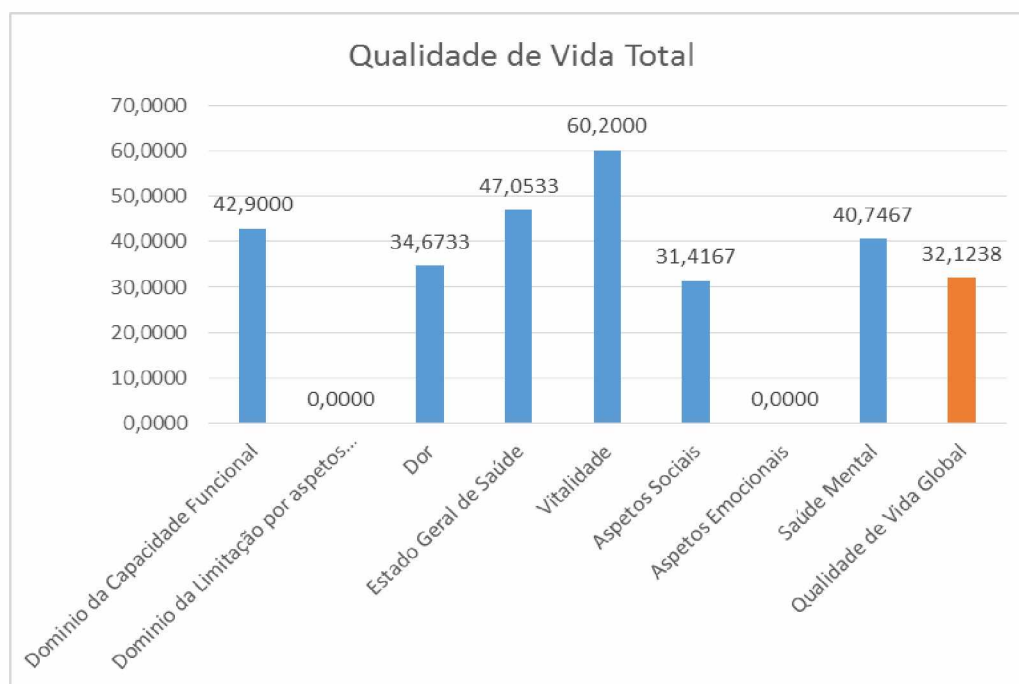


Figura 9: Qualidade de Vida Total

De forma a determinarmos a Qualidade de Vida Total, começamos por calcular as médias de todos os domínios, e dessa forma, realizar o somatório das mesmas dividindo por 8 (nº dos domínios).

Assim, podemos comprovar neste último gráfico, que em todos os domínios à exceção do domínio da Vitalidade, as suas médias são Inferiores a 45, revelando uma Reduzida Qualidade de Vida. No domínio da Vitalidade verifica-se que a média de 60,2 revela ter uma Moderada Qualidade de Vida.

Desta forma, a Qualidade de Vida Global corresponde a uma média de 32,12, sendo a Qualidade de Vida dos Idosos Reduzida.

De forma a relacionarmos a SF-36 com os dados sociodemográficos, iremos prosseguir com tabelas que facilmente instroem aos resultados que pretendemos concluir.

Género	Média	N	Desvio Padrão
Feminino	32,7232	49	5,12456
Masculino	31,8329	101	5,11469
Total	32,1237	150	5,11787

Quadro 14: Relação entre a QV e o Género.

Tal como se pode comprovar, na Tabela acima, não existe grande relação entre Géneros na Qualidade de Vida. Contudo, existe um aumento mesmo que reduzido na QV no género Feminino (32,72) relativamente ao género masculino (31,83). Contudo, em ambos os géneros a QV é considerada “Reduzida Qualidade de Vida”.

Idade	Média	N	Desvio Padrão
65	31,5625	1	.
67	32,6042	6	6,36527
68	36,3750	2	,61872
69	29,8819	9	4,90550
70	29,3482	7	6,06892
71	34,4479	6	6,55832
72	31,5938	2	7,29204
73	23,8125	1	.
74	34,2500	8	4,30259
75	32,1779	13	3,91094
76	35,8472	9	2,86839
77	35,3750	2	1,32583
79	31,6875	5	6,50736
80	34,4063	4	5,74762
81	32,3438	8	5,09957
82	30,2589	14	6,22740
83	33,5781	4	3,21024
85	29,2969	4	5,76659
86	31,8611	9	5,18917
87	39,8125	2	,26517
88	34,6563	2	,13258
89	34,2500	6	4,61079
90	29,9766	8	5,21287
92	30,8333	9	3,83599
93	34,9375	1	.
95	32,5625	3	3,54436
98	28,7625	5	4,71521
Total	32,1237	150	5,11787

Quadro 15: Relação da QV com as Idades.

Na tabela representativa da QV em relação às Idades, podemos concluir que em todas as Idades se verifica uma Reduzida Qualidade de Vida, contudo os Idosos com 87 anos de idade representam uma ligeira QV (39,81) relativamente às restantes idades, seguindo-se os idosos com 68 (36,38). Desta forma, analisamos que as Idades também não comprometem a Qualidade de Vida dos Idosos com DPOC.

QV Global e Estado Civil

Estado Civil	Média	N	Desvio Padrão
Solteiro	33,6062	10	4,02629
Viúvo	31,9087	102	5,08595
Casado	32,3109	38	5,49254
Total	32,1237	150	5,11787

Quadro16: Relação entre QV e o Estado Civil.

No que diz respeito ao Estado Civil, observa-se igualmente que não existe nenhuma relação significativa, pelo que os idosos solteiros relatam ter uma melhor QV (33,61) mesmo que esta sendo avaliada na Globalidade como “Reduzida Qualidade de Vida”.

QV Global e Agregado Familiar

Agregado Familiar	Média	N	Desvio Padrão
Vive com companheiro	32,6179	35	5,43631
Vive com Familiares	30,3458	45	5,35305
Vive com Outros	33,0196	70	4,55255
Total	32,1237	150	5,11787

Quadro 17: Relação entre QV e o Agregado Familiar:

Nesta análise, pode-se concluir que os Idosos que vivem Institucionalizados apresentam maior Qualidade de Vida (33,01), seguida dos Idosos que vivem com seus companheiros (32,62) e finalmente os que vivem com familiares (30,35).

QV Global e N° de Internamentos

N° de Internamentos	Média	N	Desvio Padrão
Nenhum	31,0974	43	5,65722
1 a 5	32,4832	78	5,00292
Mais que 5	32,6789	29	4,49984
Total	32,1237	150	5,11787

Quadro 18: Relação entre a QV e o N° de Internamentos.

Na tabela representada anteriormente, observa-se uma proximidade entre valores, contudo os que apresentam uma superior Qualidade de Vida são os Idosos que tiveram no último ano mais que cinco internamentos (32,68) mesmo sendo em reduzido número de Idosos (29). Seguem-se os Idosos que tiveram entre um e cinco internamentos (32,48) sendo em maior número de idosos a serem submetidos (78). E finalmente, os idosos (43) que não tiveram nenhum internamento são os que indicam uma pior qualidade de vida (31,1).

QV Global e Hábitos Tabágicos

Fumador	Média	N	Desvio Padrão
Nunca Fumou	31,6758	64	5,57790
Ex-Fumador	32,3406	69	4,96648
Fumador	32,9301	17	3,85801
Total	32,1237	150	5,11787

Quadro 19: Relação entre QV e Hábitos Tabágicos.

Relativamente à análise entre a Qualidade de Vida e os Hábitos Tabágicos podemos mais uma vez verificar que não existe qualquer relação entre estes. Contudo, os Idosos que relatam uma maior qualidade de vida são os Fumadores (32,93), seguido dos idosos Ex-Fumadores (32,34).

QVGlobal

Total da Escala de Barthel	Média	N	Desvio Padrão
Dependência Total	31,3801	99	5,01455
Grave Dependência	33,3482	28	4,79322
Independência	33,8342	23	5,45252
Total	32,1237	150	5,11787

Quadro 20: Relação entre a QV e a Escala de Barthel.

Finalmente, e de forma a relacionarmos a QV com a Escala de Funcionalidade de Barthel, podemos comprovar que mesmo próximos os resultados, os Idosos que são mais Independentes são os que apresentam maior Qualidade de Vida (33,83), seguidos dos que têm Grave Dependência (33,35), e por fim os que estão Totalmente Dependentes (31,38).

8. DISCUSSÃO

Após determinarmos os resultados deste estudo, consciencializamo-nos para a importância dos cuidados na qualidade de vida da pessoa com DPOC e da promoção da sua autonomia na realização das atividades de vida, tendo como principal objetivo restabelecer o maior nível de independência funcional, uma vez que contribuí para “... a redução dos sintomas, a redução da perda funcional causada pela doença pulmonar e otimização das atividades físicas e sociais, traduzidas em melhoras da qualidade de vida, proporcionando ao paciente a maximização e manutenção da independência funcional” (Rodrigues, Viegas & Lima, 2002).

A capacidade para a realização de atividades de vida diária está diretamente relacionada com a tolerância às tarefas das pessoa com DPOC, podendo ser ainda mais limitada pela necessidade de se utilizar OLD, uma vez que este tipo de tratamento contribui para uma redução da autonomia.

Os sintomas da DPOC e a limitação da realização das atividades de vida diária, profissionais, familiares e sociais, contribuem diretamente para uma reduzida QV (Veloso e Jardim, 2006).

Considerando a metodologia utilizada e os resultados do nosso estudo, é possível afirmar que conseguimos corresponder aos objetivos delineados para esta investigação.

Ao analisar a idade dos 150 idosos que realizam ODP no distrito de Beja, identificou-se que houve variação de 65 a 98 anos (média: 80,1, mediana: 80,5, e o desvio padrão: 8,42). Ressalta-se que com a progressão da idade, algumas alterações fisiológicas tornam-se mais aparentes e a capacidade funcional do idoso pode estar ou ficar afetada, exigindo cuidados constantes.

No que diz respeito à idade dos inquiridos, encontrámos uma média 80,1 anos. Estes dados vão de encontro aos resultados do estudo realizado por Aguiar (2010) na Universidade da Beira Interior, e à informação divulgada pela DGS (2005), segundo a qual a prevalência da DPOC aumenta com a idade, atingindo 13% da população na faixa etária acima dos 60 anos.

Os dados sociodemográficos que caracterizam a amostra indicam grandes discrepâncias na repartição por sexos, uma vez que 101 (67,3%) dos entrevistados eram do sexo masculino e apenas 49 (32,7%), do sexo feminino, demonstrando que os idosos do género masculino

foram o grupo que se destacou entre os utilizadores de ODP, mesmo a expectativa de vida no sexo feminino seja maior que no masculino. Estes resultados são consonantes com os dados divulgados pela DGS (2005), quando refere que esta patologia respiratória afeta principalmente os homens. Também estudos nacionais e internacionais, tais como Antonelli-Incalzi & colaboradores (2003), Dourado et al. (2004), Noeli Pagini (2008), Moreira et al. (2009) e Couto (2010) comprovam nos estudos, o predomínio da DPOC no sexo masculino. Os fatores que contribuem para esta tendência prendem-se sobretudo com a questão da DPOC ter como fator de risco o tabagismo, característica muito comum entre os homens, embora esta tendência esteja a mudar. Segundo o Anuário Estatístico de Portugal de 2008, a proporção de fumadores no período de 2005/2006 era mais elevada nos homens (28,9%, face a 11,2% nas mulheres). Do mesmo modo, a proporção de ex-fumadores era também mais elevada nos homens (24,4%, face a 6,5% nas mulheres) (INE, 2009).

Segundo Pessoa & Pessoa (2009), muitos estudos revelam um risco acrescido para doentes do sexo masculino que sofrem de DPOC. Contudo, ao analisar a influência do tabaco nestes doentes, pode-se concluir que o risco para DPOC torna-se igual para homens e mulheres.

No que respeita ao Estado Civil, verifica-se que a maioria dos idosos em estudo eram viúvos 102 (68%), seguindo-se o estado de casado 38 (25,3%) e por último o de solteiro com apenas 10 (6,7%).

Relativamente ao Agregado Familiar, nota-se que a globalidade dos entrevistados vivem Institucionalizados 46,7% com ajuda de diversos profissionais, seguindo-se os que vivem com familiares (30,0%), e finalmente e em número reduzido os que vivem com seus companheiros 23,3%.

Em relação às variáveis clínicas, a análise descritiva permite analisar que o número de internamentos no último ano foi na sua maioria com 1 a 5 internamentos (52,0%), seguido de nenhum internamento com 43 (28,7%) idosos a responderem e por fim, 29 (19,3%) estiveram hospitalizados mais que 5 vezes no último ano. Não encontramos na bibliografia consultada nenhum estudo que regista-se o número de internamentos. Contudo, apuramos a existência de estudos onde se comprovou a readmissão hospitalar em doentes com DPOC, sendo exemplo disso os estudos de Osman et al. (1997) e Carneiro et al. (2010). Contudo, estes dados são consonantes com o que é referido pela DGS (2005), quando afirma que a DPOC é responsável por um elevado número de internamentos hospitalares, frequentemente prolongados.

No que respeita ao historial tabágico verificamos que 69 (46,0%) dos inquiridos era ex-fumador, seguindo-se os que nunca fumaram (42,7%), e 11,3% ainda são fumadores ativos. Estes valores não nos surpreendem, uma vez que o tabagismo é considerado o grande fator de risco para a DPOC. De acordo com as pesquisas bibliográficas, foi possível comprovar que a maior percentagem corresponde aos ex-fumadores, o que coincide mais uma vez, com os resultados do nosso estudo (Arregui; Ezquerria; López, 2007), (Carneiro et al., 2010) (Pagini, 2008) (Pinto et al., 2010). Estes resultados também vão de encontro ao que a DGS (2005) relata, quando se refere ao aumento da prevalência da DPOC associada ao aumento do predomínio de tabagismo, sendo este fator de risco a sua principal causa. Também Torres e Godoy (2004) e Gold (2007) renovam que o tabagismo é a grande causa da DPOC, tendo maior influência na qualidade de vida das pessoas.

Relativamente ao estudo da funcionalidade/dependência destes indivíduos, pode-se concluir que maioritariamente revelam Dependência Total (66%), seguida de Dependência Grave (18,67%) e finalmente e em reduzido número, os que indicam independência (15,33%). O nível de acometimento no domínio atividades identificado neste estudo vai de encontro às considerações enunciadas pela DGS (2005), quando referiu verificar-se uma tendência para o aumento significativo da perda de funcionalidade decorrente de agudizações e internamentos hospitalares dos doentes com DPOC. Por outro lado, também a OMS (2002) afirma que a redução da mobilidade, afeta o bem-estar e a autonomia, surgindo dificuldades na capacidade de realização das atividades de vida diária.

Uma das conjeturas colocada neste estudo era a existência de relação entre sexo, idade, agregado familiar, hábitos tabágicos e número de internamentos com a dependência funcional. Após análise estatística, verificou-se que não existe relação estatisticamente significativa entre as diversas variáveis.

Contudo, verificou-se que a Dependência Total é relatada na sua maioria pelo género masculino (68,3%), e o género feminino manifesta maior Funcionalidade, visto registar-se com 18,4% da Independência. Tal análise não corresponde com os dados do INE (2012), quando este refere que as dificuldades em realizar as AVD's são maiores no sexo feminino estabelecida em 64% de mulheres dependentes.

Ao relacionar a idade com a dependência funcional, observou-se que 11 dos Idosos (7,3%) revelaram maior "Dependência Total" com 82 anos de Idade. Também o INE (2012) refere que a capacidade funcional diminui com a idade, e Bonder & Bello-Haas (2009, p. 280) referem ainda que as necessidades de assistência nas AVD's aumentam com a idade

estimando que 33% dos idosos com idades compreendidas entre os 65 e 74 anos necessitam de ajuda para realizar os cuidados básicos, aumentando para 22,9% em idosos com 85 ou mais anos. Também no estudo realizado por Lobo e Pereira (2007), numa amostra em indivíduos institucionalizados, os resultados sugerem que com o aumento da idade, verifica-se uma perda da funcionalidade, e como tal, um aumento da dependência. A presença de doenças crónicas, segundo estes autores, contribuiu para a dependência funcional, estimando-se que 68,2% necessitavam de ajuda nesta AVD.

Relativamente à análise do estado civil da amostra em relação com a funcionalidade, verifica-se que 44,7% dos indivíduos com Dependência Total eram viúvos, 14,7% dos idosos eram casados, e 6,7% solteiros.

No que respeita ao Agregado Familiar relacionado com a Escala de Funcionalidade, pode-se concluir que a maioria dos Idosos (32,7%) que referem Dependência Total encontram-se Institucionalizados. Tal facto está associado às incapacidades do idoso, limitando-o na execução das AVD's aliado à impossibilidade da família em garantir o apoio necessário (Serga, 2011). Também Paúl (1997), citado por Araújo et al. (2007) referem que a perda da capacidade funcional é principal razão para a institucionalização dos idosos.

Relativamente ao número de Internamentos, foi calculado maior Dependência Funcional para os idosos que no último ano tiveram entre 1 e 5 internamentos, sendo estes de 32,7%. Por outro lado, no que diz respeito aos Hábitos Tabágicos, concluiu-se que os que revelam maior Dependência são os Ex-Fumadores (31,3%), seguido dos Idosos que nunca fumaram (26%) e finalmente e em reduzido número, os idosos que atualmente são Fumadores (8,7%). Após várias pesquisas bibliográficas, não foi possível reunir estudos que complementassem estes resultados.

Pitta et al (2008) defendem que a DPOC tem sido descrita como uma doença com perdas progressivas da condição física, havendo interação entre a dispneia, a falta de exercício físico e fraqueza muscular resultando desta forma em limitações funcionais.

No estudo de Avşar et al (2012), os doentes com DPOC relatam que experienciaram a perda de capacidade funcional e, automaticamente, o seu estilo de vida alterou, e as expectativas de vida diminuíram. Manifestam a dificuldade e tristeza que sentem em serem dependentes de outros.

No presente estudo foram igualmente analisados dados referentes à qualidade de vida de um grupo de doentes com DPOC, submetidos a tratamento de Oxigenoterapia de Longa

Duração Domiciliária, através de um questionário específico (SF-36), obtendo os níveis de qualidade de vida referentes aos domínios que compõem este instrumento.

Segundo vários estudos, as pontuações desta escala variam entre 0 e 100, sendo 0 avaliada em Reduzida Qualidade de Vida e 100 Boa Qualidade de Vida.

Tal como referido anteriormente, foi considerado para esta escala os seguintes resultados: -

Pontuação entre 0 e 45 traduz uma Reduzida Qualidade de Vida na execução das AVD's;

- Pontuação entre 45 e 75 indica uma Moderada Qualidade de Vida e;

- Pontuação acima dos 75 revela que o indivíduo realiza, sem limitações decorrentes do seu estado de saúde, todas as atividades, incluindo as mais exigentes, traduzindo-se numa Boa Qualidade de Vida.

Os resultados obtidos revelaram que todos os participantes neste estudo apresentam um comprometimento da sua qualidade de vida na maioria dos domínios (Capacidade Funcional, Função Física, Dor, Função Social, Desempenho Emocional e Saúde Mental), apenas o domínio de Vitalidade e o de Estado Geral de Saúde revelaram uma Moderada Qualidade de Vida. Na qualidade de vida total, apuraram-se valores muito reduzidos de qualidade de vida de 32,12%. Os dados obtidos neste estudo, são concordantes com o que refere o ONDR (2005), Vasconcelos et al (2005) e António et al (2010) quando relatam que a DPOC provoca um conjunto de alterações nas suas vidas, contribuindo para uma deterioração progressiva da qualidade de vida do doente.

Ao analisar a afetação por domínios, foi possível comprovar que a Função Física e os Aspetos Emocionais foram os Domínios que apresentaram pior QV (0%), seguida do domínio dos Aspetos Sociais (31,42%), o domínio da Dor (34,67%), sucessivo o domínio da Saúde Mental (40,75%), o domínio da Capacidade Funcional (42,9%), o Estado Geral de Saúde (47,1%) e finalmente e com níveis de melhor qualidade de vida o domínio da Vitalidade (60,2%). Desta forma, pode-se concluir que os únicos domínios que revelam Moderada Qualidade de Vida foram o Estado Geral de Saúde e a Vitalidade.

O SF-36 revelou um ligeiro aumento da QV nas mulheres, quando comparado com os homens, não existindo contudo, diferenças significativas. Este maior comprometimento nas mulheres relativamente aos homens foi também identificado em investigações relacionadas com patologias respiratórias levadas a cabo nos últimos anos (Sousa Galante & Figueiredo, 2003).

Apesar de na literatura, não se encontrarem estudos que pudessem ser comparados, atribui-se a estes resultados fatores como a idade avançada, a presença de co-morbilidades e a

presença da própria doença crónica, que determina a necessidade de tratamento contínuo por um longo período, implicando acompanhamento e vigilância por parte de cuidadores formais e informais.

Considerámos até ao momento a discussão das características da amostra em relação às diferentes variáveis estudadas. De seguida vamos discutir as hipóteses inicialmente levantadas.

Considerando as variáveis sociodemográficas, verificou-se que nenhuma delas exerce influência sobre a QV dos doentes com DPOC.

Embora fosse esperado que a idade avançada dos inquiridos provocasse uma diminuição da QV, tal facto não foi verificado no nosso estudo. Este resultado deve ser interpretado com alguma reserva na medida em que existem autores que reforçam a existência de uma relação positiva entre a idade e a QV dos doentes com DPOC, como é o caso de Pinto et al. (2010). Talvez possamos explicar estes resultados, tal como Ketelaars et al. (Havlucu et al., 2005), pelo facto de existir uma maior tolerância dos doentes com idade avançada, às limitações sentidas no desempenho das atividades diárias, ou seja, assumirem este comprometimento como algo “normal” na idade avançada.

Tal como referimos anteriormente, não se verificou relação entre o número de internamentos e a qualidade de vida, contudo os idosos que não tiveram nenhum internamento no último ano apresentaram menor QV (31,1). A corromper esta análise, verificamos que os estudos de Osman et al. (1997) e de Carneiro et al. (2010) que apontam para uma relação entre o número de internamentos hospitalares e a reduzida qualidade de vida.

A influência do consumo de tabaco no desenvolvimento e no prognóstico da DPOC é tão evidente que a Organização Mundial de Saúde através do programa GOLD (2006), recomenda a implementação de programas de controlo de tabagismo e a criação de consultas de desabitação tabágica acessíveis a todos os indivíduos fumadores. No entanto, no nosso estudo não encontramos relações significativas entre o historial tabágico dos indivíduos e a sua QV. Estes dados vão de encontro aqueles que são apresentados por Pinto et al. (2010) e Silva (2011). Segundo Wijnhoven et al. (2001), o tabagismo ativo aparece mesmo associado a melhores níveis de QV, o que só pode ser explicado, segundo o autor, porque os indivíduos fumadores são aqueles que geralmente se encontram numa fase menos grave da doença.

Em relação às restantes variáveis sociodemográficas em estudo, importa referir que foram poucos os estudos consultados que divulgam dados relativos à influência destas na QV dos doentes com DPOC. No que concerne ao estado civil, apenas Silva (2011), confirma a não relação entre esta variável e a QV.

Constatou-se ainda que os doentes com DPOC que tem a sua doença diagnosticada há mais tempo são os que têm pior qualidade de vida. Neste caso, verificou-se que o tempo de diagnóstico da doença exerce um efeito significativo na qualidade de vida do doente com DPOC, no domínio atividades e bastante

Em suma, a pesquisa levada a cabo revelou que os Idosos que apresentam Dependência Total são os que têm uma Reduzida Qualidade de Vida, fornecendo assim claras orientações para o planeamento e desempenho de intervenções integradas.

PROPOSTAS DE PROJETO

A Formação aos doentes e seus cuidadores formais e informais têm grande relevância, constituindo um aspeto importante na garantia da autonomia, segurança e participação na sociedade (Carlson, 2006; OE, 2010).

Para contribuir à melhorar da Qualidade de Vida da população portadora de doenças crónicas, torna-se essencial criar propostas, de forma a consciencializar os Idosos e seus cuidadores, bem como alterar algumas condições físicas, mentais e sociais e consequentemente melhorar a Qualidade de Vida.

1) Cuidados Respiratórios ao Domicílio:

Antes de iniciar o Tratamento de Oxigenoterapia domiciliária, deve ser efetuada uma formação ao doente e/ou cuidadores, contendo alguns princípios básicos de Oxigenoterapia, tais como:

- Avaliação das condições do domicílio (se apresentam riscos para a utilização do oxigénio);
- Aviso sobre os riscos de fontes de calor ou fumo do tabaco junto do equipamento de oxigénio;
- Explicação sobre os equipamentos de oxigénio e demonstração sobre o seu funcionamento;
- Esclarecimento da utilização de cânulas nasais ou máscaras para administração de oxigénio.

A oxigenoterapia domiciliária exige um acompanhamento clínico com uma periodicidade semestral, de forma a avaliar-se a hipoxemia, a adesão à terapêutica, os riscos domiciliários e a evolução clínica.

2) Reabilitação Respiratória no Domicílio

- Aplicar técnicas de relaxamento (deitado, sentado e em pé): As posições de relaxamento são muito importantes uma vez que contribuem para a redução da contração muscular promovendo igualmente ao relaxamento dos músculos acessórios da respiração (Heitor, 1988).

- Consciencialização do padrão de Ventilação e Controlo da Respiração: A tomada de consciência e controlo da respiração contribui para o relaxamento da cintura escapulo-

torácica, diminuindo a tensão física e psíquica. É relevante o doente com DPOC ter consciência que a respiração consiste na inspiração e expiração, e que com o agravamento da patologia estes dois tempos respiratórios tendem a ser pouco perceptíveis, tornando os processos ventilatórios menos eficazes. O controlo da respiração é uma técnica primária para estes doentes, de forma a controlar o volume residual, que geralmente está aumentado na pessoa com DPOC afetando as trocas gasosas e aumentando a dispneia.

- Reeducação Diafragmática: A respiração diafragmática, abdomino-diafragmática ou basal, promove uma respiração fisiológica, contribuindo para a melhoria das trocas gasosas e a oxigenação (Heitor, 1988). Esta técnica pode ser executada com o doente em decúbito ou sentado, tendo como objetivo a promoção da expansão torácica, melhorando a ventilação alveolar.

- Ensino da Tosse: A tosse contribui para a desobstrução das vias aéreas e é de grande importância que a pessoa com DPOC tenha uma tosse eficaz, no sentido de manter a árvore brônquica limpa de secreções prevenindo o agravamento da patologia. Esta técnica é relatada como apresentando alguma dificuldade de aprendizagem, sendo mais fácil se a pessoa estiver sentada, mas também pode ser executada na posição de deitado com a cabeceira elevada.

- Conservação de energia: As técnicas de conservação de energia permitem que o doente realize as atividades de vida diária com menor esforço, reduzindo a dispneia, e permitindo a recuperação parcial ou total da independência das tarefas diárias. Exemplo destas atividades é a caminhada, desta forma, controlar a respiração ao caminhar irá diminuir o risco de dispneia. Inspirar pelo nariz, com lábios cerrados, enquanto está parada e expirar com os lábios semicerrados, enquanto caminha. É de enorme importância, relembrar o doente com DPOC a não realizar as suas atividades de vida diária de forma exaustiva, de forma a poder recuperar o desgaste energético e consequente aumento de consumo de oxigénio, que as mesmas acarretam.

3) Ações de Sensibilização

Tal como referido anteriormente, torna-se essencial criar diversas ações para dar a conhecer os vários riscos e cuidados.

- Promoção da Alimentação Saudável: A promoção de práticas alimentares saudáveis contribui para a adoção de estilos de vida saudáveis, sendo importante para a promoção da saúde.

- Atividade Física: A prática da atividade física contribui para a melhoria da saúde em diversos níveis, tais como: previne a ocorrência de eventos cardíacos, reduz a incidência de acidente vascular cerebral, hipertensão, diabetes, cancro do cólon e mama, fraturas osteoporóticas, doença vesicular, obesidade, depressão e ansiedade, além de retardarem a mortalidade (American college of sports medicine, 2007).

O aumento da atividade física influencia a qualidade da saúde da coletividade, minimizando custos com tratamentos, inclusive hospitalares, o que reflete seus consideráveis benefícios sociais (Carvalho et al., 1996).

- Hábitos Tabágicos: Evidências científicas apontam que o consumo de tabaco é responsável por 45% das mortes por doença coronária (enfarte do miocárdio), 85% das mortes por doença pulmonar obstrutiva crônica (enfisema), 25% das mortes por doença cerebrovascular (derrames) e 30% das mortes por cancro. Além disso, 90% dos casos de cancro do pulmão ocorrem em fumadores (Pasche, 2006).

Para deixar os hábitos tabágicos pode-se recorrer a intervenções farmacológicas e não farmacológicas, bem como a orientação para deixar de fumar. No entanto, é fundamental que o paciente esteja disposto a deixar esse vício (Brasil, 2006).

CONCLUSÃO

Das doenças respiratórias crônicas mais frequentes, destacam-se a Doença Pulmonar Obstrutiva Crônica (DPOC), sendo responsável por elevados gastos ao sistema de saúde e contribuindo para o aumento de falecimentos.

A DPOC sendo uma patologia progressiva e incurável, tem encaminhado os profissionais de saúde a refletirem a respeito das verdadeiras necessidades apresentadas por estes doentes e a criarem várias hipóteses para o seu tratamento. Atualmente, os profissionais de saúde tratam os doentes de forma a aumentarem a sua sobrevida, mas também de forma a reduzir os seus desconfortos e a melhorar a qualidade com que os mesmos vivem.

O presente estudo teve em conta conhecer a Qualidade de Vida do doente com DPOC a realizar OLD no Distrito de Beja e determinar possíveis fatores que nela intervêm, com base num conjunto de variáveis sócio-demográficas e clínicas que selecionamos.

Tendo em conta os objetivos inicialmente definidos neste processo de investigação e considerando os eixos orientadores desta pesquisa, podemos obter as seguintes conclusões:

- A população estudada é maioritariamente masculina (67,33%), apresentando uma média de idades de 80,13 anos;
- Os indivíduos em estudo são predominantemente viúvos (68%) e quase a totalidade dos participantes encontra-se inserida em Instituições (46,7%);
- Apurámos em relação às variáveis clínicas, que a média de internamentos no último ano foi razoavelmente significativa, tendo entre 1 a 5 internamentos (52%); a maioria dos participantes 46% era ou tinha sido fumador, 42,7% dos doentes nunca tinham fumado e em último ficam os Fumadores com 11,3%;
- Observamos que 99 (66%) desses Idosos apresentam uma dependência total, 28 (18,7%) um grau de dependência grave e apenas 23 (15,3%) dos Idosos são Independentes; Verificou-se ainda que o género mais dependente é o feminino, apresentando mais limitações funcionais; em relação à idade, 11 dos Idosos (7,3%) revelaram maior “Dependência Total” com 82 anos de Idade; quanto ao estado civil, a viúves é o estado que está mais frequente no grau de Dependência (68,0%); no que respeita ao agregado familiar, os que vivem institucionalizados apresentam igualmente maior dependência funcional (32,7%); os idosos

que tiveram entre 1 a 5 internamentos também reúnem as condições de maior dependência (32,7%); e, finalmente os doentes que retratam ter fumado em tempos são os que revelam mais dependência, com 31,3%.

- No que respeita à avaliação da Qualidade de Vida, podemos comprovar uma média de 32,12, revelando existir uma Qualidade de Vida Reduzida. Curiosamente na associação entre variáveis sociodemográficas e QV não se verificou qualquer relação: analisámos que a QV no género Feminino (32,72) é ligeiramente superior ao do género masculino (31,83); os Idosos com 87 anos de idade representam uma ligeira QV (39,81) relativamente às restantes idades; quanto ao estado civil, observa-se igualmente que não existe nenhuma relação significativa, pelo que os idosos solteiros relatam ter uma melhor QV (33,61) mesmo que esta sendo avaliada na Globalidade como “Reduzida Qualidade de Vida”; mais uma vez, os resultados não correspondem à análise da Dependência, uma vez que os Idosos que vivem Institucionalizados apresentam maior Qualidade de Vida (33,01); quanto ao número de internamentos, os doentes que apresentam mais internamentos são os que têm melhor QV, os Idosos que tiveram no último ano mais que cinco internamentos (32,68), seguindo-se os Idosos que tiveram entre um e cinco internamentos (32,48); e por fim, no que respeita aos hábitos tabágicos, os idosos revelaram que apresentam uma melhor qualidade de vida os Fumadores (32,93), seguido dos idosos Ex-Fumadores (32,34).

- De forma a relatarmos a QV com a Escala de Funcionalidade de Barthel, foi possível concluirmos que mesmo próximos os resultados, os Idosos que são mais Independentes são os que apresentam melhor Qualidade de Vida (33,83);

As conclusões deste tudo são um contributo que reforçam a legitimidade das investigações na área da qualidade de vida dos doentes com DPOC.

Após a análise deste estudo, seria útil mencionar algumas sugestões de forma a contribuir para a melhoria dos cuidados junto aos doentes com DPOC:

As doenças incapacitantes, nas quais reavemos a DPOC, exigem mais cuidados de saúde e outras formas de cuidados sociais e pessoais, sendo relevante a integração do doente na sociedade. A Fisioterapia em Córdio-Respiratória, compreende um leque de conhecimentos e procedimentos específicos que auxilia doentes com doenças agudas e crónicas a maximizar seu potencial funcional e independência física, emocional, social.

Uma das bases essenciais da reabilitação respiratória é a formação dos doentes e de seus cuidadores, procurando melhorar a sua situação clínica e consequentemente a sua qualidade de vida.

Referências Bibliográficas

- Alves MV, Godoy I, Luppi CH. (2004). Levantamento das características dos pacientes atendidos no serviço de oxigenoterapia da Faculdade de Medicina de Botucatu-UNESP. *Rev Ciên Ext.* 1 (1): 53-4.
- American College Of Sports Medicine (2007). Diretrizes do ACSM para o teste de esforço e sua prescrição. 7. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan.
- Antolnelli-Incalzi, R.; Imperiale, C; Bellia, V.; Catalano F.; Scichilone, N.; Pistelli, R.; Rengo, F. (2003). Do Gold stages of Copd severity really correspond to differences in health status? *European Respiratory Journal*. UK. 22, 444-449.
- Antonio, C. et al. (2010). Doença pulmonar obstrutiva crônica e exercício físico. *Rev Port Pneumol*, Ago., vol.XVI, nº.4, p.649-658. ISSN 0873-2159.
- Araújo, F., Ribeiro, J., Oliveira, A. & Pinto, C. (2007). Validação do Índice de Barthel numa amostra de idosos não institucionalizados. *Revista Portuguesa de Saúde Pública*, 25, 2, Julho/Dezembro, 59-66.
- Arregui, M. A. A. ; Ezquerro, K. L. & López, F. C. (2007). Relación entre datos objetivos y calidad de vida percibida por el paciente con EPOC. *Anales de Medicina Interna*, 24(10): 473-477.
- Augusto, B. & Carvalho, R. (2005). *Cuidados continuados: família, centro de saúde e hospital como parceiros no cuidar*. (2ª ed.). Coimbra: Edições Formasau.
- Awad, G. & Voruganti, L. (2000). Intervention research in psychosis: issues related to the assessment of quality of life. *Schizophrenia Bulletin*, 26, 3, 234-238.
- Avsar et al. (2012). Living with chronic obstructive pulmonary disease: a qualitative study. *Australian Journal of Advanced Nursing* vol 28, n. °2.
- Azeredo, Z., & Matos, E. (2003). Grau de dependência em doentes que sofreram AVC. *Revista da Faculdade de Medicina de Lisboa*, 3 Série, 8 (4), 199-204.
- Balfour-Lynn IM. Oxigenoterapia domiciliar prolongada: uma perspectiva britânica. *J Pediatr (Rio J)*. 2011; 87(1):1-3.
- Barreto in Brito, (2002). *A saúde mental dos prestadores de cuidados a familiares idosos*. Coimbra, Quarteto Editora.
- Bartholo TP, Gomes MM, Noronha Filho JÁ, (2009). DPOC: o impacto da oxigenoterapia

- domiciliar no tratamento. Pulmão RJ - Atualizações Temáticas; 1 (1): 79-84.
- Belfer, MH, Reardon, JZ (2009). Improving Exercise Tolerance and Quality of Life in Patients With Chronic Obstructive Pulmonary Disease. *J Am Osteopath Association*; 109:268-278.
- Blinderman, C.D. et al. (2009). Symptom distress and quality of life in chronic obstructive pulmonary disease. *Journal of pain and symptom management*, 38(1), 115-123.
- Borges, M., et al. (2009). Carga tabágica atribuível ao tabagismo em Portugal. *Rev Port Pneumol*; XV (6):951-1004.
- Brasil (2006). Ministério da Saúde. A política do Ministério da Saúde para atenção integral a usuários de álcool e outras drogas. Brasília, DF.
- Brito, L. (2002). *A saúde mental dos prestadores de cuidados a familiares idosos*. Coimbra: Quarteto Editora.
- Canam, C. & Acorn, S. (1999). Quality of life for family caregivers of people with chronic health problems. *Rehabilitation Nursing*, 24, 5, 192-196.
- Carneiro, R.; SOUSA, C.; PINTO, A.; ALMEIDA, F.; OLIVEIRA, J. R.; ROCHA, N. (2010). Risco de reinternamento na doença pulmonar obstrutiva crônica – Estudo prospectivo com ênfase no valor da avaliação da qualidade de vida e depressão. *Revista Portuguesa de Pneumologia*. XVI (5), 759-777.
- Carvalho, T. et al (1996). Posição oficial da Sociedade Brasileira de Medicina do Esporte: atividade física e saúde. *Revista Brasileira de Medicina do Esporte*, v. 2, n. 4, p. 79-81.
- Celli, B, et al. (2005). Airway obstruction in never smokers: results from the Third National Health and Nutrition Examination Survey. *Am J Med*; 118:1364-72.
- Ciconelli, R.M (1997). Tradução para o português e validação do questionário genérico de avaliação de qualidade de vida Medical Outcomes Study 36-Item Short-Form Health Survey (SF-36). Escola Paulista de Medicina, Universidade Federal de São Paulo, 1997.
- Couto, Tatiana Mesquita Barbosa (2010). *Caracterização da qualidade de vida e necessidades de idosos com DPOC*. Dissertação de Mestrado em Gerontologia, apresentada à Universidade de Aveiro, Universidade de Aveiro Secção Autónoma de Ciências da Saúde.
- Cotes, J. E., Higgins, I. T. T., and Thomas, A. J. (1956). *British Medical Journal*, 1, 601.

- Cordeiro, M; Menoita, E. (2012). Manual de boas práticas na reabilitação respiratória. Loures: Lusociência. ISBN 978-972-8930-86-8.
- Costa, E. (1995). *Atitudes Médicas Perante o Fim da Vida*. Lisboa: Actas do IIIº Seminário do Conselho Nacional de Ética para as Ciências da Vida.
- Dias, C. (1999) - Oxigenoterapia de longa duração no domicílio. *Medicina Interna*, Vol. 6, N. 4.
- Direção Geral de Saúde (2004) - Programa Nacional para a Saúde das Pessoas Idosas. *Norma de Orientação Clínica*.
- Direção Geral de Saúde (2011). Cuidados Respiratórios Domiciliários: Prescrição da Oxigenoterapia. *Norma de Orientação Clínica*.
- Direção Geral de Saúde (2012) - Programa Nacional para as Doenças Respiratórias: Orientações Programáticas.
- Dourado, V. et al.; (2004). Influência de características gerais na qualidade de vida de pacientes com doença pulmonar obstrutiva crônica. *Jornal Brasileiro de Pneumologia*.
- Duncan, P., Jorgensen, H. & Wade, D. (2000). Outcome measures in acute stroke trials : a systematic review and some recommendations to improve practice. *Stroke*, 31, 6, 1429- 1438.
- Dunne PJ. The demographics and economics of long-term oxygen therapy. *Respir Care*. 2000; 45:223-8.
- Fernandes, A., Bezerra, O.(2006) – Terapia nutricional na doença pulmonar obstrutiva crónica e suas complicações nutricionais – *Jornal Brasileiro de Pneumologia*. n.º 5; p. 22.
- Fortin M. (1999). O processo de investigação: da concepção à realização. Loures: Lusociência.
- Gold Global Initiative for Chronic Obstructive Lung Disease (2012) - *Management and Prevention Chronic Obstructive Pulmonary Disease*.
- Havlucu, Y.; Pinar, Ç.; Gönül, D.; Aysin, S. & Arzu, Y. (2005). Assessment of Quality of Life in Chronic Obstructive Pulmonary Disease. *Turkish Respiratory Journal*, 6 (2): 78-83.
- Heitor, C. et al. (1988) *Reeducação Funcional Respiratória*, 2ª ed. Lisboa: Boeringer Ingelheim
- Iecovich, E. (2008). Caregiving burden, community services, and quality of life of primary

- caregivers of frail elderly persons. *Journal of Applied Gerontology*, 27, 3, 309-330.
- Instituto Nacional de Estatística. (1999). *As Gerações Mais Idosas*. Série de Estudos n.º 85. Lisboa: Instituto Nacional de Estatística.
- Instituto Nacional de Estatística. (2002). *Análise de População com Deficiência*. Destaque – Informação à Comunicação Social. Lisboa: Instituto Nacional de Estatística.
- Consultado a 30/08/2010,
www.inr.pt/download.php?filename=Censos+2001&file...pdf
- Instituto Nacional de Estatística. (2004). *Revista de estudos demográficos*. Lisboa: Instituto Nacional de Estatística.
- Jesus, Saul. (2006). Bem-estar em Psicologia da Saúde. In Leal, Isabel. (coordenação). *Perspectivas em Psicologia da Saúde*. Coimbra: Quarteto Editora.
- Lobo, A.; Pereira A. (2007). Idoso Institucionalizado: Funcionalidade e Aptidão Física. *Revista Referência*. II.^a Série - n.º 4- Jun. 2007
- Mannino, DM. (2002) Epidemiology, Prevalence, Morbidity and Mortality, and Disease Heterogeneity. *Chest*; 121:121S-126S.
- Martinez MC, (2002). As relações entre a satisfação com aspectos psicossociais no trabalho e a saúde do trabalhador [dissertação de mestrado]. São Paulo: Faculdade de Saúde Pública da USP.
- Matheson, M. (2005) - Biological dust exposure in the workplace is a risk factor for chronic obstructive pulmonary disease. *Thorax*; 60:645-51.
- McCloskey, S. (2001)- Siblings of patients with severe chronic obstructive pulmonary disease have a significant risk of airflow obstruction. *Am J Respir Crit Care Med*; 164:1419-24.
- Minayo, MCS., Coimbra JR. (2002). *Antropologia, saúde e envelhecimento*. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ.
- Ministério da Saúde (2014). Lei nº 10.424 de 15 de abril de 2002. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde [...] regulamentando a assistência domiciliar no Sistema Único de Saúde.
- Montgomery, S. (2000). *Ansiedade e depressão*. (2^a ed.). Lisboa: Edições Climepsi.
- Moreira, Graciane Laender (2009). Versão em português do Chronic Respiratory Questionnaire: estudo da validade e reprodutibilidade. *Jornal Brasileiro de Pneumologia*. 35 (8), 737-744.

- Oliveira LM.(2009). Responsabilidade municipal pela prestação do serviço de oxigenoterapia domiciliar e seus contornos. *Rev Direito*; 10(1): 39-50.
- OMS - Organização Mundial de Saúde (2005). Relatório Mundial de Saúde 2005. Panorama Geral.
- ONDR - Observatório Nacional de Doenças Respiratórias (2008). Relatório do Observatório Nacional de Doenças Respiratórias 2008. Lisboa.
- Osman, I. M.; Goldden, D. J.; Legge, J.S. & Douglas, J. G. (1997). Quality of life and hospital re-admission in patients with chronic obstructive pulmonary disease. *Journal of Advanced Nursing*, 46(1): 67-71.
- Pagani, N. (2008). Percepção sobre Qualidade de Vida de Pacientes portadores de Doença Pulmonar Obstrutiva Crônica. Dissertação de Mestrado em Ciências da Saúde. Faculdade de Ciências da Saúde da Universidade de Brasília.
- Pasche, D. F.; Hennington, E. A.(2006) O Sistema Único de Saúde e a promoção da saúde. In: CASTRO, A.; MALO, M. SUS: ressignificando a promoção da saúde. São Paulo: Hucitec.
- Pessoa, C.; Pessoa, R (2009). Epidemiologia da DPOC no presente – aspectos nacionais e internacionais. *Pulmão RJ – Atualizações Temáticas*. Rio de Janeiro. 1(1), 7-12.
- Pinto, J. M. S.; González, J. R.; Arenillas, J. I. C.; Nogueras, A. M. M. & Gómez, F. P. G. (2010). A qualidade de vida relacionada com a saúde de doentes com doença pulmonar obstrutiva crónica e asma avaliada pelo SGRQ. *Revista Portuguesa de Pneumologia*, XVI (4): 543-558.
- Prescott, E., Lange, P., Vestbo, J. (1999) - Socioeconomic status, lung function and admission to hospital for COPD: results from the Copenhagen City Heart Study. *Eur Respir J*, 13:1109-14.
- Rodeia, J. (1998). A pessoa e o cuidar em enfermagem. *Revista Servir*, 46, 2, 58-60.
- Rodrigues, S.L; Viegas, C.C.A; Lima, T. (2002). Efetividade da reabilitação pulmonar como tratamento coadjuvante da doença pulmonar obstrutiva crônica J. *Pneumol*. v. 28, n.2, p. 65-70.
- Sequeira, C. (2007). *Cuidar de idosos dependentes*. Coimbra: Quarteto Editora.
- Silva, M. S. (2011). Qualidade de Vida relacionada à saúde de pacientes com Doença Pulmonar Obstrutiva Crônica. Dissertação para obtenção do título de Mestre em Enfermagem, apresentada à escola de enfermagem da Universidade de São Paulo.

- Sousa, L., Figueiredo, D. & Cerqueira, M. (2004). *Envelhecer em Família: Os cuidados familiares na velhice*. Porto: Coleção Idade do Saber. Ambar.
- Stoller, J. (2005) - Alpha1-antitrypsin deficiency. *Lancet*; 365:2225-36.
- Taylor, S. (2004) – Teoria do Déficit de Auto-Cuidado de Enfermagem. In: ALLIGOOD, M.R.; TOMEY, A.M. – Teóricas de Enfermagem e a Sua Obra (Modelos e Teorias de Enfermagem). 5ª Ed. Loures: Lusociência. Cap. 13. ISBN 972 – 8383-74-6.
- Torres, BS; Godoy (2004). Doenças tabaco-relacionadas. *J Bras Pneumol* 2004; 30(S 2): 3-7.
- Vasconcelos, P. (2002). Redes de apoio familiar e desigualdade social: estratégias de classe. *Análise Social*, 37, 163, 507-544.
- Velloso, M., Jardim, J.R. (2006). Funcionalidade do paciente com doença pulmonar obstrutiva crônica e técnicas de conservação de energia. *J Bras Pneumol*. 2006;32(6):580-6.
- Viegas, CAA, Adde FV, Paschoal IA, Godoy I, Machado MCLO. (2000) Oxigenoterapia domiciliar prolongada (ODP). *J bras pneumol*. 26: 341-50.
- Ware, JE, Snow KK, Kosinski M, Gandek B. SF-36 Health Survey Manual and Interpretation Guide. The Health Institute; Boston, MA.: 1993.
- Weitzner, M., Haley, W. & Chen, H. (2000). The family caregiver of the older cancer patient. *Hematology/Oncology Clinics of North America*, 14, 1, 269-281.

III - ANEXOS

Caraterização sócio-demográfico do doente com DPOC

1 – Idade _____

2 – Sexo: Masculino ☐ Feminino ☐

3 – Estado Civil

Solteiro ☐

Casado ☐

Viúvo ☐

Divorciado ☐

Separado ☐

4 – Formação Literária

Não sabe ler e escrever ☐

1º ciclo escolar ☐

2º ciclo escolar ☐

3º ciclo escolar ☐

12º ano ☐

Curso superior ☐

Outro (especifique) _____

5 – Zona de Residência

Urbana ☐

Rural ☐

6 – Situação Profissional

Empregado(a) ☐

Desempregado(a) ☐

Reformado(a) ☐

Outra (especifique) _____

7 – Agregado Familiar

Vive sozinho(a) ☐

Vive com companheiro(a) ☐

Vive com parentes ☐

Vive com outros ☐

8 – Número de internamentos no último ano _____

8 a) – Fumador ☐ Ex-Fumador ☐ Não Fumador ☐

9 – Antiguidade de doença (tempo em anos)

< a 1 ano ☐

Entre 1 a 5 anos ☐

Entre 5 a 10 anos ☐

Entre 10 a 15 anos ☐

> a 15 anos ☐

10 – Estádio da DPOC: Estád. I ☐ Estád. II ☐ Estád. III ☐ Estád. IV ☐

11 – Tipo de tratamento: Oxigenoterapia: Sim ☐ Não ☐

Ventiloterapia: Sim ☐ Não ☐

12 – Cinesiterapia Respiratória: Sim ☐ Não ☐

13 – Reabilitação Respiratória ao Esforço: Sim ☐ Não ☐

Escala de Barthel

Assinale com uma cruz (X) o grau de dependência que o seu familiar tem em relação às várias actividades.

Alimentar-se	Dependente	0
	Necessita de ajuda (cortar, espalhar manteiga)	1
	Independente (todas as acções)	2
Higiene pessoal	Necessita de ajuda	0
	Independente (para face/cabelo/dentes/barbear-se)	1
Urinar	Incontinente/algaliado	0
	Acidente ocasional (uma vez por semana)	1
	Independente (por mais de 7 dias)	2
Evacuar	Incontinente (ou necessita de enema)	0
	Acidente ocasional (uma vez por semana)	1
	Independente	2
Deslocação (transferência cama-cadeira)	Incapaz (não tem equilíbrio ao sentar-se)	0
	Muita ajuda (uma ou duas pessoas) pode-se sentar	1
	Ajuda mínima (verbal, física)	2
	Independente	3
Mobilidade/marcha	Incapaz / imobilizado	0
	Independente em cadeira de rodas	1
	Anda com ajuda de uma pessoa (verbal, física)	2
	Independente	3
Ir à casa de banho	Dependente	0
	Necessita de alguma ajuda	1
	Independente (todas as acções)	2
Vestir	Dependente	0
	Precisa de ajuda na maior parte das acções	1
	Independente (incluindo botões, laços, fechos de correr)	2
Banho	Dependente (necessita de ajuda)	0
	Independente	1
Escadas	Incapaz	0
	Necessita de ajuda	1
	Independente para subir e descer	2

Questionário de Qualidade de Vida (SF - 36)

1- Em geral você diria que sua saúde é:

Excelente	Muito Boa	Boa	Ruim	Muito Ruim
1	2	3	4	5

2- Comparada há um ano atrás, como você classificaria sua saúde em geral, agora?

Muito Melhor	Um Pouco Melhor	Quase a Mesma	Um Pouco Pior	Muito Pior
1	2	3	4	5

3- Os seguintes itens são sobre actividades que você poderia fazer actualmente durante um dia comum. Devido à sua saúde, você teria dificuldade para fazer estas actividades? Neste caso, quando?

Actividades	Sim, dificulta muito	Sim, dificulta um pouco	Não, não dificulta de modo algum
a) Actividades vigorosas, que exigem muito esforço, tais como correr, levantar objectos pesados, praticar desportos extenuantes.	1	2	3
b) Actividades moderadas, tais como mover uma mesa, passar aspirador de pó, jogar bola, varrer a casa.	1	2	3
c) Levantar ou carregar mantimentos	1	2	3
d) Subir vários lances de escada	1	2	3
e) Subir um lance de escada	1	2	3
f) Curvar-se, ajoelhar-se ou dobrar-se	1	2	3
g) Andar mais de 1 quilómetro	1	2	3
h) Andar vários quarteirões	1	2	3
i) Andar um quarteirão	1	2	3
j) Tomar banho ou vestir-se	1	2	3

4- Durante as últimas 4 semanas, você teve algum dos seguintes problemas com seu trabalho ou com alguma actividade regular, como consequência de sua saúde física?

	Sim	Não
a) Você diminui a quantidade de tempo que se dedicava ao seu trabalho ou a outras actividades?	1	2
b) Realizou menos tarefas do que você gostaria?	1	2
c) Esteve limitado no seu tipo de trabalho ou a outras actividades.	1	2
d) Teve dificuldade de fazer seu trabalho ou outras actividades (p. ex. necessitou de um esforço extra).	1	2

5- Durante as últimas 4 semanas, você teve algum dos seguintes problemas com seu trabalho ou outra actividade regular diária, como consequência de algum problema emocional (como se sentir deprimido ou ansioso)?

	Sim	Não
a) Você diminui a quantidade de tempo que se dedicava ao seu trabalho ou a outras actividades?	1	2
b) Realizou menos tarefas do que você gostaria?	1	2
c) Não realizou ou fez qualquer das actividades com tanto cuidado como geralmente faz.	1	2

6- Durante as últimas 4 semanas, de que maneira sua saúde física ou problemas emocionais interferiram nas suas actividades sociais normais, em relação à família, amigos ou em grupo?

De forma nenhuma	Ligeiramente	Moderadamente	Bastante	Extremamente
1	2	3	4	5

7- Quanta dor no corpo você teve durante as últimas 4 semanas?

Nenhuma	Muito leve	Leve	Moderada	Grave	Muito grave
1	2	3	4	5	6

8- Durante as últimas 4 semanas, quanto a dor interferiu com seu trabalho normal (incluindo o trabalho dentro de casa)?

De maneira alguma	Um pouco	Moderadamente	Bastante	Extremamente
1	2	3	4	5

9- Estas questões são sobre como você se sente e como tudo tem acontecido com você durante as últimas 4 semanas. Para cada questão, por favor dê uma resposta que mais se aproxime de maneira como você se sente, em relação às últimas 4 semanas.

	Todo Tempo	A maior parte do tempo	Uma boa parte do tempo	Alguma parte do tempo	Uma pequena parte do tempo	Nunca
a) Quanto tempo você tem se sentindo cheio de vigor, de vontade, de força?	1	2	3	4	5	6
b) Quanto tempo você tem se sentido uma pessoa muito nervosa?	1	2	3	4	5	6
c) Quanto tempo você tem se sentido tão deprimido que nada pode anima-lo?	1	2	3	4	5	6
d) Quanto tempo você tem se sentido calmo ou tranquilo?	1	2	3	4	5	6
e) Quanto tempo você tem se sentido com muita energia?	1	2	3	4	5	6
f) Quanto tempo você tem se sentido desanimado ou abatido?	1	2	3	4	5	6
g) Quanto tempo você tem se sentido esgotado?	1	2	3	4	5	6
h) Quanto tempo você tem se sentido uma pessoa feliz?	1	2	3	4	5	6
i) Quanto tempo você tem se sentido cansado?	1	2	3	4	5	6

10- Durante as últimas 4 semanas, quanto de seu tempo a sua saúde física ou problemas emocionais interferiram com as suas actividades sociais (como visitar amigos, parentes, etc.)?

Todo Tempo	A maior parte do tempo	Alguma parte do tempo	Uma pequena parte do tempo	Nenhuma parte do tempo
1	2	3	4	5

11- O quanto verdadeiro ou falso é cada uma das afirmações para você?

	Definitivamente verdadeiro	A maioria das vezes verdadeiro	Não sei	A maioria das vezes falso	Definitiva - mente falso
a) Eu costumo adoecer um pouco mais facilmente que as outras pessoas	1	2	3	4	5
b) Eu sou tão saudável quanto qualquer pessoa que eu conheço	1	2	3	4	5
c) Eu acho que a minha saúde vai piorar	1	2	3	4	5
d) Minha saúde é excelente	1	2	3	4	5

CONSENTIMENTO INFORMADO

Título do Estudo: Promoção da Qualidade de Vida dos Idosos que realizam Oxigenoterapia Domiciliar Prolongada (ODP)

Investigadora: Ana Heleno Guerreiro; Licenciada em Fisioterapia; Especializada em Psicogerontologia; Mestranda em Psicogerontologia Comunitária.
Telemóvel pessoal: 967188971.

Com este estudo propõe-se verificar de que forma a realização de Oxigenoterapia Domiciliar Prolongada influencia a Qualidade de Vida dos Idosos do distrito de Beja.

Tratar-se-á de um estudo exploratório-descritivo, quantitativo, com objetivo de identificar e analisar a Qualidade de Vida dos Idosos do Distrito de Beja que realizam oxigenoterapia domiciliar prolongada (ODP). Para tal será fundamental contar a sua ajuda para preencher um questionário, que demorará cerca de 25 minutos.

A vantagem de colaborar num estudo desta natureza relaciona-se com a possibilidade de nos dar a conhecer a sua experiência pessoal, que será um importante contributo para a promoção da saúde de outras pessoas que estejam ou venham a realizar este tipo de Tratamento.

Os dados colhidos durante este estudo serão confidenciais, não permitindo a sua identificação. A escolha de participar no estudo é voluntária, podendo desistir em qualquer fase, sem necessitar de dar qualquer justificação. Desde já agradeço a sua colaboração.

De acordo com o que me foi explicado (assinale com uma cruz a opção que pretende):

Aceito participar no estudo..... ☐

Não aceito participar no estudo..... ☐

Assinatura: _____

Data: ____/____/____